

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 58

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE LOBAIRE AIGÜE

SECONDAIRE A LA ROUGEOLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon GRAND

Né le 30 Juin 1886, à Millas (Pyrénées-Orientales),

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 58

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE LOBAIRE AIGÜE

SECONDAIRE A LA ROUGEOLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon GRAND

Né le 30 Juin 1886, à Millas (Pyrénées-Orientales),
Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYON.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		X...
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale.		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique.	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle.	ETIENNE MARTIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	ETIENNE MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLERMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIERY, ch.....
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY, ch.....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président ; COLLET, Assesseur ;
MM. MOURIQUAND et SAVY, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de Clinique infantile à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Il nous a inspiré le sujet de notre travail.
Il nous fait le grand honneur de présider
notre jury de thèse. Nous lui exprimons
notre profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GARDÈRE

Chef de Clinique infantile à la Charité.

*Il a bien voulu s'intéresser à notre travail.
Nous le remercions bien vivement de ses
conseils et de l'extrême amabilité avec
laquelle il nous a accueilli.*

A MES MAITRES

**de la Faculté de Médecine de Toulouse,
de la Faculté de Médecine de Lyon
et de l'École du Service de Santé Militaire.**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE LOBAIRE AIGÛE

SECONDAIRE A LA ROUGEOLE

HISTORIQUE

De tout temps, on a noté la fréquence des complications broncho-pulmonaires au cours de la rougeole. Ce sont aussi les plus graves. La rougeole, en effet, à l'état pur, est considérée le plus souvent comme une maladie essentiellement bénigne. Elle ne devient sérieuse que par le nombre et la gravité de ses complications. Ces complications les plus redoutables, chez l'enfant et chez l'adulte, mais surtout chez l'enfant, sont la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie. La pleurésie est plus rare et se voit plutôt chez l'adulte. Le vrai danger de la rougeole, celui qui a une part prépondérante dans la mortalité de cette fièvre éruptive, c'est la broncho-pneumonie. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Mais si les traités classiques signalent que, de toutes les pyrexies, la rougeole est celle qui se complique le plus fréquemment de manifestations du côté de l'appareil respiratoire, et s'ils

décrivent en détail la broncho-pneumonie, ils sont loin de consacrer la même attention à la pneumonie franche, la pneumonie lobaire. Beaucoup ne la mentionnent même pas, d'autres ne font que la signaler et ceux qui en parlent, parmi les auteurs un peu anciens, la confondent avec la broncho-pneumonie dont ils font une variété de pneumonie différant seulement par la forme de l'hépatisation, lobaire dans un cas, lobulaire dans l'autre.

La pneumonie franche est ordinairement primitive et se développe chez des enfants robustes et en parfaite santé. Aussi, pendant longtemps, on a nié l'existence de la pneumonie lobaire secondaire et on distinguait deux formes de la pneumonie : la forme primitive lobaire et la forme secondaire lobulaire.

Pendant longtemps, on a fait de la pneumonie fibrineuse le type des inflammations franches, des maladies locales. Hallopeau, en 1878, pensait que la doctrine la plus vraisemblable était celle qui fait de la pneumonie une maladie locale. Quelques années plus tard, Germain Sée, en 1882, revenant à la vieille doctrine de la fièvre pneumonique de Hucham, d'Hoffmann, consacrait une série de leçons aux *pneumonies infectieuses*, et, quoique ne croyant pas que la pneumonie soit une maladie infectieuse, il divisait les pneumonies en deux catégories : « A côté de la pneumonie franche, lobaire, qui est une phlegmasie locale du poumon et non une fièvre à détermination pulmonaire, il existe une pneumonie produite par un germe probablement infectieux, de nature probablement spécifique, ou du moins spéciale. »

En 1880, M. Lépine étudiait les *pneumonies miasmaticques* et, en considérant les faits où il y a coexistence de pneumonie et de fièvre typhoïde, admettait que, dans bien des cas, il fallait avec Diet, avec Gehrhardt, faire de ces pneumonies miasmaticques la localisation pulmonaire de la fièvre typhoïde. Depuis cette époque, tout le monde admet l'existence de la pneumonie lobaire aiguë secondaire au cours de la fièvre typhoïde (thèse de Gallissart de Marignac, Paris, 1884). Mais, pour savoir si elle existe dans les autres maladies, la question a été très controversée. Un certain nombre d'auteurs sont allés même jusqu'à nier que l'inflammation fibrineuse du poumon puisse venir compliquer les diverses maladies aiguës autres que la dothiéntérie.

Les anciens auteurs confondent la broncho-pneumonie et la pneumonie. C'est le cas de Chomel qui, du reste, dit peu de choses sur les pneumonies secondaires. De même Grisolle. Celui-ci dit que « la pneumonie peut se développer dans le cours de toutes les maladies aiguës ou chroniques. Il est des états morbides dans lesquels la pneumonie survient si rarement qu'on peut considérer la maladie primitive comme n'ayant eu aucune part dans sa production. Mais il est d'autres affections, au contraire, qui se compliquent si fréquemment d'inflammation pulmonaire qu'il est impossible de nier leur influence, soit comme causes prédisposantes, soit même comme causes excitantes de la maladie intercurrente. »

En première ligne, Grisolle cite la rougeole comme cause la plus fréquente dans le jeune âge. Il admet que

les pneumonies secondaires peuvent revêtir les mêmes formes que les pneumonies primitives, mais que le plus souvent elles ont de la tendance à revêtir la forme typhoïde. « Parmi les malades, dit-il, qui éprouvèrent une pneumonie dans le cours ou pendant la convalescence d'une rougeole, la moitié présenta des symptômes typhoïdes. » Il admet donc la pneumonie secondaire au cours de la rougeole, mais il la confond avec la broncho-pneumonie.

Vulpian, dans sa thèse d'agrégation (1860), commence à faire la distinction. La pneumonie secondaire, dit cet auteur, peut être la pneumonie lobaire à ses divers degrés et, énumérant les diverses maladies, il montre que, s'il s'agit ordinairement de pneumonies lobulaires, dans quelques rares cas on observe la pneumonie lobaire. Dans la rougeole, l'affection secondaire est le plus souvent la broncho-pneumonie, et quelquefois aussi la congestion passive. Dans d'autres cas, on observe la pneumonie lobaire, soit à l'état d'hépatisation rouge, soit à l'état d'hépatisation grise, ce dernier stade pouvant se produire très rapidement.

Voilà donc deux auteurs qui admettent la pneumonie lobaire au cours de la rougeole. Taube donne une description de la pneumonie compliquant la rougeole; il parle « d'une lésion interstitielle spécifique dans laquelle les lobules sont atteints individuellement et çà et là caséifiés, avec de la péribronchite sans tuberculose et de l'emphysème lobulaire interstitiel ». Cette description est celle de la pneumonie lobulaire et non celle de la pneumonie. Mais il ajoute avoir observé la pneumonie fibrineuse.

Thomas décrit la pneumonie lobaire rubéolique avec assez de détails et il dit, en outre, que l'on voit la pneumonie croupale apparaître avec une fréquence remarquable plusieurs mois après les épidémies de rougeole, surtout en hiver et au printemps.

S. Unterberger a observé deux cent quarante cas de rougeole à l'hôpital Nicolas de Saint-Pétersbourg durant les années 1875 et 1876 ; il a noté trois cas de pneumonie croupale.

Pour MM. Barthez et Sanné, la pneumonie secondaire à la rougeole est plus fréquente qu'on ne le croit, même en tenant compte de la confusion avec la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Ils en ont observé quarante-six cas.

C. de Gassicourt cite deux cas de rougeole suivie de pneumonie franche, une fois trois jours, une autre fois cinq jours après l'éruption, c'est-à-dire dans les délais où se développe la broncho-pneumonie.

Broca admet aussi l'existence de la pneumonie lobaire aiguë secondaire à la rougeole ; il cite un cas qui a été contrôlé par C. de Gassicourt. Il pense que, « sans être fréquente, la pneumonie lobaire aiguë secondaire existe dans la plupart des maladies aiguës, sinon dans toutes ».

J. Comby a vu la pneumonie lobaire compliquer la rougeole au moment de la desquamation. Il cite un cas de pneumonie récidivante après un temps très long chez un enfant de neuf ans, à la suite d'une rougeole de longue durée, au sommet droit, pneumonie fibreuse normale et semblable aux deux dates différentes.

Netter dit que, si la scarlatine, l'érysipèle, la diphtérie se compliquent rarement de pneumonie, le cas est moins rare dans la rougeole.

D'après Bottombez, la pneumonie fibrineuse serait beaucoup plus fréquente chez les petits morbillieux qu'on l'admet en général. Au cours de deux épidémies de rougeole, survenues en 1900 et 1902, il a observé 13 pneumonies lobaires pour, seulement, 3 broncho-pneumonies. Bien plus, pour cet auteur, la proportion de 3 broncho-pneumonies pour 13 pneumonies serait à peu près celle que l'on trouverait aussi en dehors de la rougeole. L'opinion de Bottombez mérite cependant d'être critiquée : tout le monde admet, en effet, que la broncho-pneumonie est beaucoup plus fréquente que la pneumonie franche au cours de la rougeole.

Tous ces auteurs que nous venons de citer, admettent donc la pneumonie franche secondaire à la rougeole. Par contre, beaucoup d'autres la considèrent comme très rare ou n'en parlent même pas.

Barrier, décrivant les complications pulmonaires des fièvres éruptives, ne parle que des broncho-pneumonies lobulaires ou pseudo-lobaires.

Damaschino pense que les inflammations pulmonaires secondaires sont toujours des broncho-pneumonies. Et même, pour expliquer deux cas de pneumonie lobaire constatés anatomiquement et secondaires l'un à la rougeole, l'autre à la coqueluche, il admet que, quelquefois, dans la broncho-pneumonie, les lésions sont identiques à celles de la pneumonie,

D'Espine ne dit pas un mot de la pneumonie lobaire dans la rougeole.

Pour M. Lépine, « rien n'est plus rare que la pneumonie fibrineuse rubéolique, si tant est qu'elle ait été réellement observée ». Parmi les maladies aiguës, il n'admet guère la pneumonie comme bien démontrée que dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la fièvre typhoïde.

Sanné mentionne rapidement cette complication « absolument exceptionnelle » et, d'après lui, on la rencontrerait chez l'adulte plutôt que chez l'enfant.

Bouchut, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1876, consacre un article à la pneumonie morbillieuse ; sa description est celle de la broncho-pneumonie.

Ivan Houl (*Revue des maladies des enfants*, 1898) donne un tableau indiquant la fréquence de la tuberculose et de la pneumonie dans la rougeole. Il distingue, dans ses autopsies, les formes suivantes de pneumonie :

Pneumonie lobulaire catarrhale (broncho-pneumonie) ;

Pneumonie lobaire fibrineuse, complication accidentelle au cours de la rougeole ;

Pneumonie hémorragique ;

Pneumonie avec suppuration du poumon ;

Pneumonie caséuse ;

Pneumonie avec cellules géantes, sans bacilles tuberculeux.

Grancher ne parle pas de la pneumonie comme complication de la rougeole.

G. Variot, en 1903, a observé 650 cas de rougeole et dit n'avoir vu qu'un seul cas de pneumonie.

Tout récemment, Von Pirkett considère la pneumonie lobaire morbilleuse comme une éventualité rare. On sait, dit-il, depuis longtemps distinguer la broncho-pneumonie de la pneumonie fibrineuse et tous les auteurs sont d'accord que cette dernière est rare dans la rougeole. Il cite l'opinion de Ziemssen et Krabler, d'après laquelle, au sujet de la pneumonie morbilleuse, il arrive souvent qu'il est impossible de décider s'il s'agit d'une inflammation fibrineuse ou catarrhale. Ils se demandent même si les deux processus ne peuvent coexister et se confondre.

En somme, la question de la pneumonie lobaire aiguë secondaire à la rougeole est bien loin d'être éclaircie ; certains auteurs admettent la pneumonie franche parmi les complications de la rougeole, tandis que d'autres n'en parlent pas ou la considèrent comme très rare. En tout cas, aucun ne précise et, si on lit les descriptions les plus récentes des complications pulmonaires de la rougeole, on se rend compte de l'embarras des auteurs. Aucun ne peut dire ce qu'est, au juste, la pneumonie lobaire morbilleuse.

A l'occasion de quelques cas de pneumonie lobaire aiguë observés l'hiver dernier au cours d'une épidémie de rougeole survenue à la clinique infantile de la Charité, M. le professeur Weill nous a donné l'idée d'attirer l'attention sur cette complication assez rare et peu connue de la rougeole et surtout sur les difficultés du diagnostic de la pneumonie lobaire et la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Nous examinerons d'abord la pneumonie franche morbilleuse au point de vue de son étiologie et de sa pathogénie ; nous examinerons ensuite ses symptômes en les comparant à ceux de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Nous nous étendrons ensuite sur le diagnostic de ces deux affections, en insistant sur les données fournies par la radioscopie. Puis nous dirons un mot du pronostic et du traitement. En dernier lieu, nous citerons les observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, un cas observé à l'hôpital militaire Desgenettes, dont le diagnostic de pneumonie double n'a été contrôlé ni par l'examen radioscopique, ni par l'autopsie, et nous reproduirons intégralement les observations prises à la clinique infantile de la Charité.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La pneumonie franche au cours de la rougeole s'observe beaucoup plus souvent qu'on ne serait porté à le croire après la lecture des traités classiques. Quoique survenant beaucoup plus rarement que la broncho-pneumonie, on l'observe quelquefois. Barthez et Sanné en ont observé 46 cas, S. Unterberger 3 cas, C. de Gassicourt 2 cas, Comby 2 cas, Variot 1 cas, Broca 1 cas, Bottombez 13 cas, qui, d'ailleurs, auraient besoin d'être contrôlés. Au service des rougeoleux de la Charité, M. Weill a observé 3 cas typiques de pneumonie confirmés par la radioscopie.

Comme la pneumonie primitive, la pneumonie lobaire de la rougeole paraît plus fréquente chez les enfants, quoique, d'après Sanné, on la rencontrerait plutôt chez l'adulte. D'après les observations de Bottombez, l'âge des petits morbillieux atteints de pneumonie lobaire varie de 5 à 10 ans ; sur les 13 malades que cet auteur a observés, 10 étaient âgés de moins de 3 ans. D'après nos observations, nous dirons qu'elle survient entre 2 et 10 ans. Avec Thomas, nous dirons qu'elle survient surtout en hiver et au printemps.

A quelle période de la rougeole apparaît la pneumonie ? Dans les observations de Bottombez, l'écllosion de la pneumonie a toujours précédé la disparition de l'éruption. Dans sept cas, la complication débuta au moment de l'apparition de l'exanthème et, pour quelques-uns d'entre eux, on put soupçonner l'existence de la lésion pulmonaire en voyant les petits malades pour la première fois et en remarquant la rapidité de leur rythme respiratoire. J. Comby a vu survenir la pneumonie au moment de la desquamation, après la défervescence (obs. III et IV). Dans les deux cas de C. de Gassicourt (obs. I et II), elle s'est déclarée, pour le premier, le troisième jour ; pour le second, le cinquième jour après l'éruption. Dans l'observation de Broca, la pneumonie est apparue le lendemain de la défervescence (obs. VI). Dans le cas de Ziemssen et Krabler, cité par Von Pirket, la complication se manifeste le lendemain de la disparition de l'éruption (obs. IX) ; dans l'observation XIII, deux jours après ; dans l'observation XIV, c'est le lendemain. En somme, nous pouvons dire que, comme la broncho-pneumonie, la pneumonie lobaire apparaît le plus souvent, au cours de la rougeole, après la disparition de l'éruption. Elle peut cependant apparaître plus tard, quinze jours après la rougeole, comme dans les observations VII et XII. Bien plus, Thomas déclare qu'on voit parfois la pneumonie fibrineuse apparaître avec une fréquence remarquable plusieurs mois après les épidémies de rougeole. Il est vrai que, dans ce dernier cas, la pneumonie ne peut être considérée comme une complication de la

rougeole. Celle-ci n'est alors qu'une cause prédisposante.

La pneumonie survenant au cours de la rougeole est-elle causée par le pneumocoque ou par le germe de la maladie causale, le virus morbilleux, idée analogue à la théorie du poison typhique agissant sur le poumon pour y produire une pneumonie lobaire ? La pneumonie est-elle une complication de la rougeole, ou bien doit-on la considérer comme une manifestation de la fièvre éruptive ? Avec C. de Gassicourt, il faut se demander si elle est la conséquence directe de la rougeole au même titre que la broncho-pneumonie, quoique avec une forme anatomique différente, ou bien si elle est complètement indépendante de la fièvre éruptive. En un mot, est-elle une détermination pulmonaire morbilleuse ou un accident surajouté ?

C. de Gassicourt pense que deux formes nosologiques aussi dissemblables que la pneumonie et la broncho-pneumonie ne relèvent pas de la même cause, qu'elles ne sont pas toutes deux la conséquence de la même infection et que, par suite, la pneumonie lobaire apparue après la rougeole est une nouvelle maladie greffée sur la première. Weichselbaum, dans une séance de la Société de Médecine de Berlin, en 1886, conclut ainsi de ses recherches : « La pneumonie secondaire n'est pas secondaire au point de vue étiologique, c'est-à-dire qu'une pneumonie survenue dans le décours d'un typhus, du choléra, de la scarlatine, de la rougeole, n'est pas provoquée par le virus du typhus, du choléra, de la scarlatine ou de la rougeole, mais par les bactéries de la pneumonie. » Comme la

pneumonie primitive, la pneumonie évoluant chez un rougeoleux est due à la localisation sur le poumon du diplocoque encapsulé de Talamon-Fraenkel. Quoique survenant pendant le décours de la fièvre éruptive, elle conserve toujours son unité. A ce propos, nous pourrions répéter, au sujet de la pneumonie compliquant la rougeole, ce que disait Jaccoud au sujet de la pneumonie évoluant chez un grippé (*Gazette des Hôpitaux*, 1890). Le mot « complication » semblerait indiquer une relation de cause à effet entre la rougeole et la pneumonie et, par conséquent, nous conduirait à considérer la rougeole comme la cause spécifique de la pneumonie. Comme le dit Jaccoud, le mot « association » serait plus exact. La pneumonie franche morbilleuse est, au point de vue bactériologique et pathogénique, identique à la pneumonie primitive ; c'est une pneumonie qui se développe chez un sujet ayant la rougeole, ce qui n'indique qu'une relation de coïncidence.

D'ailleurs, si nous comparons la pathogénie de la broncho-pneumonie et celle de la pneumonie, on est frappé de la différence des deux processus. « La broncho-pneumonie, dit M. Weill, quelles que soient les conditions dans lesquelles elle éclate, est toujours provoquée par un mécanisme constant. » Elle est due à la pénétration dans les bronchioles et les alvéoles pulmonaires de microorganismes divers, tels que streptocoques, staphylocoques, pneumocoques de Friedländer et de Talamon-Fraenkel qui habitent normalement les cavités nasales et buccales à l'état de saprophytes ou sont fournis par les milieux

encombrés de l'hôpital. C'est une affection secondaire que la maladie primitive provoque en exaltant la virulence des germes et en favorisant leur pénétration dans la profondeur des voies respiratoires par le « décapage » de la muqueuse bronchique. La pneumonie fibrineuse, au contraire, est tout d'abord une pneumococcie généralisée, une septicémie avec localisation secondaire sur le poumon. Il y a pneumococcie, pneumocoxhémie avant qu'il y ait pneumonie ; la localisation n'est qu'une manifestation plus ou moins tardive de l'infection générale. Elle se fait quelquefois dès le début, dans le cas de pneumonie d'emblée, de pneumonie précoce ; d'autres fois plus tard, dans le cas de pneumonie tardive. Le pneumocoque de Talamon-Fraenkel peut d'ailleurs, avec ou sans localisation pulmonaire, provoquer d'autres localisations, telles que pleurésie, méningite, otite. Dans la broncho-pneumonie, les germes pénètrent directement du dehors dans l'arbre bronchique ; dans la pneumonie, le pneumocoque est tout d'abord véhiculé par le sang et ne se localise que plus tard au niveau du poumon.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la pneumonie lobaire aiguë de la rougeole diffèrent-ils beaucoup de ceux de la pneumonie primitive ? Barthez et Sanné disent que, d'une façon générale, la marche de la pneumonie s'éloigne d'autant plus du type primitif que la santé de l'enfant s'écarte davantage de l'état normal. Lorsque la maladie survient dans la convalescence de la maladie aiguë, mais à une époque assez éloignée du début, elle peut très bien suivre la marche de la pneumonie primitive et offrir l'ensemble symptomatique de cette dernière. La pneumonie secondaire, disent ces auteurs, diffère, en général, par son début insidieux, ses symptômes moins nombreux et moins nets, sa marche moins régulière. Par contre, d'après les observations de Bottombez, la pneumonie survenant au cours de la rougeole présenterait les caractères habituels de la pneumonie lobaire infantile, à savoir un début brusque sans bronchite préalable et une terminaison généralement favorable. Mais, comme précédemment, l'opinion de ce dernier auteur doit être récusée.

Début. — Le plus souvent, la pneumonie franche de la rougeole débute comme la pneumonie primitive, d'une façon brusque, par une élévation subite de la température, des frissons, des vomissements, un point de côté, de la dyspnée et de la toux. Dès les premières heures de l'invasion la température monte à un degré très élevé, à 40 et même 41 degrés ; « les germes infectieux venus du sang se déversant d'un jet dans un lobe pulmonaire, la réaction fébrile est brusque et violente » (Weill). Après la défervescence qui termine la fièvre éruptive, la température peut se maintenir deux, trois jours dans les environs de la normale, puis, tout d'un coup, la pneumonie se déclare et la température remonte brusquement. Le phénomène est très net dans l'observation de Comby (obs. III). La fièvre, qui était à 39 degrés au moment de l'éruption, disparaît pour deux jours, puis remonte brusquement au-dessus de 40 degrés. Même phénomène dans le cas rapporté par Broca (obs. VI) ; nous voyons la courbe baisser à 37 degrés, puis, le lendemain, remonter d'un seul coup à 40°5. Pour le malade de l'observation XII, la rougeole a évolué normalement, la température a baissé à 37°2, s'est maintenue entre 37 degrés et 37°5 pendant une dizaine de jours, puis brusquement s'est élevée au-dessus de 40 degrés.

Le point de côté est un symptôme de début peu important chez l'enfant, puisque le plus souvent on ne peut se renseigner sur l'existence et le siège d'un point douloureux.

Symptômes généraux. — La courbe de température peut être identique au tracé typique de la pneu-

monie primitive, se maintenir en plateau pendant quelques jours avec de petites oscillations puis baisser brusquement à la normale au moment de la défervescence. Cependant, il semble que bien souvent dans le cas de pneumonie survenant au cours ou pendant la convalescence de la rougeole, la courbe soit irrégulière et le plateau ne soit pas franchement dessiné. Il existe des oscillations de 1 à 2 degrés, la fièvre est rémittente et même quelquefois intermittente. Tel est le cas des observations VI, VIII, XIII et XIV. Ces quatre tracés, surtout le dernier, sont irréguliers et ne ressemblent guère à une courbe de pneumonie. En outre, bien souvent, la défervescence définitive est tardive et la fièvre peut se prolonger beaucoup plus longtemps que les six à huit jours de la pneumonie franche ordinaire, dix-sept jours dans le cas de Ziemssen et Krabeer (obs. IX), trente jours pour le petit malade de l'observation VIII et même un mois et demi dans le cas de l'observation XIV.

L'état général est grave, le petit malade est abattu, prostré, somnolent, ou bien, au contraire, il est agité, il délire, prend des convulsions. Dans le cas de l'observation VIII, il a présenté des symptômes de réactions méningées, des mouvements irréguliers, machonnements, grimaces diverses ressemblant à ce que l'on observe dans la chorée. Mais, dans ce cas, ce qui a trainé, ce n'est pas la pneumonie, c'est la pneumococcie.

Troubles fonctionnels. — Le malade tousse, cette toux est fréquente, non moniliforme, c'est-à-dire ne présentant pas une succession de secousses expira-

toires, égales, monotones, en chapelet. En général, il n'y a pas de dyspnée, pas de sensation d'oppression, ni de cyanose, ni de battement des ailes du nez, ni de tirage sus-sternal. Si l'enfant est déjà grand, il peut présenter l'expectoration caractéristique, crachats visqueux, adhérents, d'abord rouillés, puis sucre d'orge ; ils fourmillent de pneumocoques. Ces caractères n'ont d'ailleurs rien d'absolu pour le diagnostic. La fréquence respiratoire peut être voisine de la normale comme dans le cas de récurrence de pneumonie citée par Comby ; le petit malade ne présentait que 20 respirations à la minute. En général, la respiration est à 30-40. Le pouls peut être plus accéléré que dans la pneumonie banale et s'élever à 150-160. Dans ce cas-là, on peut remarquer, que si dans la pneumonie primitive le rapport du nombre des respirations à celui des pulsations de la radiale tombe à $1/2$, il semblerait se rapprocher du rapport normal $1/4$ à $1/3$ dans la pneumonie morbilleuse.

Signes physiques. — Ils n'apparaissent souvent que tardivement. Dans la première observation de C. de Gassicourt la matité n'est apparue au sommet, en arrière, que le quatrième jour, et le souffle le cinquième. Dans l'observation IV, pendant plusieurs jours, l'auscultation la plus minutieuse n'a révélé ni râles, ni souffle. Un souffle léger ne fut entendu dans la fosse sus-épineuse droite que le cinquième jour de la maladie. Dans le cas de Broca (obs. VI), le râle crépitant n'est apparu que le troisième jour après l'élévation brusque de la température, le souffle n'a été entendu que le quatrième jour. Pour le petit

malade de l'observation XII, l'auscultation a été presque négative pendant toute la durée de la pneumonie. Au douzième jour de la fièvre, l'enfant ne présentait ni souffle, ni râles muqueux, à peine quelques râles sonores aux bases, et ce ne fut que huit jours après, c'est-à-dire au début de la défervescence, que l'on percevait un souffle net au sommet droit, en arrière.

Un signe précoce de la pneumonie infantile et signalé par M. Weill, c'est le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade. Voici, d'après M. Weill, comment on recherche ce signe : « L'enfant étendu sur le dos et respirant régulièrement, ce qui demande parfois plusieurs minutes d'attente, on applique la pulpe des doigts alternativement sur les deux régions sous-claviculaires. Du côté sain, on perçoit un double mouvement de projection en avant et de soulèvement en haut ; du côté malade ce dernier mouvement est seul ressenti. En appliquant deux styles fixés avec de la cire à modeler sur les régions sous-claviculaires, on voit celui du côté sain seul osciller. » Ce signe est mentionné dans l'observation XII. Le douzième jour de sa pneumonie le malade ne présentait pas de symptômes d'auscultation, mais on a noté le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire droite.

Enfin, un signe absolument certain, pathognomonique de pneumonie franche, c'est la constatation du *triangle radioscopique*. MM. Weill et Mouriquand ont démontré, au moyen d'études radioscopiques, le parallélisme qui existait entre les données fournies

par la radioscopie et les signes d'auscultation, la zone ombrée correspondant à un foyer de souffle et de râles. « Cette zone ombrée, dit M. le professeur Weill, correspondant au foyer pneumonique et particulièrement visible au sommet du poumon, affecte une forme triangulaire dont la base siège au niveau de l'aisselle et dont le sommet s'enfonce vers le médiastin et le hile. Au début, le sommet s'arrête à mi-chemin en plein parenchyme pulmonaire, puis il s'étend. Le triangle radioscopique axillaire est déformé peu à peu par l'extension du processus et le sommet se prend tout entier, devient sombre et noie le triangle. Mais au moment de la résolution ce dernier reparait, comme s'il correspondait à une lésion prédominante du processus pneumonique. » Dans l'observation VIII on a bien fait l'examen radioscopique le vingtième jour d'une pneumonie prolongée du sommet droit, mais on ne signale qu'un foyer d'obscurité à ce même sommet. Dans le cas qui nous a été communiqué par M. le médecin-major Job (obs. X) et diagnostiqué pneumonie double, l'examen radioscopique n'a pas été fait ; le malade est mort, l'autopsie n'a pas été faite non plus. Nous ne sommes pas sûr que ce soit une pneumonie franche, le tracé thermique ressemble très bien à celui de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Dans l'observation XIII, nous lisons : « La radiographie ne montre que des apparences de gros ganglions. » Mais il est à remarquer que l'examen aux rayons X est antérieur au début de la pneumonie : l'examen radioscopique a été fait le 16 décembre et la pneumonie n'a commencé que le 26. Par contre,

dans deux cas de pneumonie du sommet droit observés au service des rougeoleux de M. le professeur Weill (obs. XII et XIV), cet examen a été fait au cours de la pneumonie et a montré l'existence, au sommet droit, d'une zone triangulaire sombre à base périphérique et à sommet dirigé vers le médiastin. Dans le premier cas, le malade a guéri; dans le second cas, le malade a succombé. L'autopsie a été faite et a révélé au sommet du poumon droit une pneumonie au stade d'hépatisation grise. Le bloc pneumonique avait très nettement une forme triangulaire à base périphérique et à sommet près du hile. Elle intéressait la partie postéro-inférieure du lobe supérieur et la partie supérieure du lobe moyen, traversant ainsi l'interlobe. Cette constatation cadre bien avec la description anatomo-pathologique, faite par R. Tripiér, de la pneumonie du lobe supérieur. Cet auteur a noté la localisation de la pneumonie à la partie postéro-inférieure du lobe, tandis que le sommet et le bord antérieur ne présentent que de l'emphysème avec de l'engouement. En outre, MM. Weill et Gardère nous ont fait voir dernièrement la coupe, au-dessus de la partie moyenne du poumon droit, d'un sujet mort de pneumonie lobaire et traité avant l'ouverture du thorax par la méthode de Grégor dont nous parlerons dans le chapitre suivant. Nous avons très bien vu le bloc pneumonique sous la forme d'une zone triangulaire dont la base répondait au bord externe de la coupe et dont le sommet atteignait le hile. Cette zone était dense, ferme au toucher, à bords nets, et tranchait par son aspect et sa consistance sur le parenchyme ambiant.

Puisque la constatation du triangle radioscopique axillaire est le seul signe qui puisse permettre d'affirmer la pneumonie lobaire au cours de la rougeole, il faudra examiner à l'écran tous les petits rougeoleux qui présentent des complications pulmonaires. L'affection secondaire sera le plus souvent une broncho-pneumonie, mais dans le cas de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, elle pourra très bien en imposer pour une pneumonie franche, par tous les signes cliniques et stéthoscopiques, mais sauf à la radioscopie.

Une communication récente de MM. Weil et Gardère (*Lyon Médical*, 24 nov. 1912) à la Société Médicale des Hôpitaux, a démontré que la radioscopie ne donnait aucune ombre dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Ils ont étudié le mécanisme de cette apparence paradoxale sur des poumons fixés dans leur forme avant l'ouverture du cadavre. Dans ces conditions les coupes larges montrent que, dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire il existe toujours entre les noyaux hépatisés des espaces perméables aux rayons X.

C'est au niveau de la base du triangle, dans l'aiselle, qu'il faudra tout d'abord ausculter le petit malade. C'est à ce niveau que souvent on percevra les premiers symptômes et, si ceux-ci sont peu nets, il faudra aller jusqu'au fond de l'aiselle. Mais, pourrât-on nous répondre, toutes les fois que l'on constate le triangle axillaire, perçoit-on toujours les signes stéthoscopiques ? Dans la grande majorité des cas, oui. Certains auteurs avaient admis la possibilité d'une *pneumonie centrale* ne donnant aucun signe à l'auscultation, dans laquelle le foyer pneumonique n'affleure pas

la paroi, et dont les bruits sont masqués par une couche plus ou moins épaisse de tissu sain interposé. M. Weill avait expliqué l'apparition tardive des symptômes d'auscultation en admettant que le foyer est centrifuge, gagne peu à peu la périphérie du poumon et donne alors des signes perçus par l'oreille. La radioscopie a montré que la pneumonie centrale n'existe pas, et, quand l'examen à l'écran est négatif, c'est que nous avons affaire à une pneumococcie qui ne s'est pas encore localisée sur le poumon. On peut cliniquement prévoir cette localisation pulmonaire. Au cours d'un état général grave, la bronchite précède le plus souvent la pneumonie ; quand la bronchite existe seule, la radioscopie ne montre rien, et ce n'est que quand le foyer apparaît que l'on a une image précise.

Localisation. — Comme la pneumonie primitive, la pneumonie secondaire à la rougeole se localise le plus souvent au sommet droit. Dans nos observations, nous avons sept cas localisés au sommet droit pour trois cas seulement localisés au sommet gauche. C'est aussi l'opinion de MM. Barthez et Sanné. Ces auteurs font même remarquer que, contrairement à la forme primitive, c'est au sommet que la pneumonie secondaire est le plus rare. Bien plus, disent-ils, « la prédominance au sommet droit, si remarquable dans la pneumonie primitive, devient insignifiante dans les formes secondaires. Il semble que la disposition si marquée du sommet droit à l'inflammation diminue et se perde pour ainsi dire lorsque la pneumonie s'en prend à des enfants déjà malades, ou, pour mieux dire, c'est surtout dans la bonne santé que le sommet droit

s'enflamme. La seule maladie qui semble maintenir la prédisposition inflammatoire de cette région est la rougeole. » Parmi les dix-huit pneumonies secondaires du sommet droit que ces deux auteurs ont observées, dix figurent au compte de la rougeole.

Signalons enfin une autre particularité de la pneumonie lobaire de la rougeole : la *fréquence de l'hépatisation grise*. C'était déjà l'opinion de Vulpian, qui ajoutait même que le stade d'hépatisation grise peut se produire très rapidement. Dans la majorité des cas de pneumonie ordinaire terminés par la mort, la lésion s'arrête à l'hépatisation rouge. Dans les deux cas observés à la Charité et dont on a fait l'autopsie, on constate deux pneumonies grises. Dans l'un (obs. XIII) le lobe supérieur du poumon droit est, à la coupe, entièrement blanc grisâtre, rappelant l'aspect d'un foie en dégénérescence graisseuse ; dans l'autre, le sommet droit présente aussi une pneumonie au stade d'hépatisation grise (obs. XIV) ayant la forme triangulaire à sommet vers le hile et à base périphérique et intéressant la partie postéro-inférieure du lobe supérieur ainsi que la partie supérieure du lobe moyen.

Cette hépatisation grise est caractérisée, d'après R. Tripier, « par la surabondance des productions cellulaires dans les alvéoles et dans tout le tissu constituant du poumon, à l'état d'infiltration excessivé, jusqu'au point où les capillaires et les petits vaisseaux ne sont plus apparents, probablement par le fait de la compression qui résulte de la présence de ces exsudats abondants et plus denses que dans l'hépatisation

rouge... Tandis que l'hépatisation rouge présente tous les signes d'une vitalité excessive avec hyperplasie cellulaire et activité circulatoire augmentée, dans l'hépatisation grise, si les productions cellulaires sont plus abondantes, elles paraissent avoir atteint leur foyer de production et de nutrition ». Aussi le foyer ainsi hépatisé est voué à la nécrose.

Cette hépatisation grise se produit d'autant plus facilement dans la pneumonie de la rougeole que les résistances de l'organisme sont diminuées par la maladie primitive. Les signes cliniques qui peuvent la faire soupçonner sont peu caractéristiques. La température se maintient très élevée, la respiration s'accélère à 50-60, le pouls bat à 150. L'état général s'aggrave, le petit malade est agité ou au contraire prostré et adynamique. L'examen radioscopique ne donne aucune indication nouvelle pour le diagnostic.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pneumonie lobaire au cours de la rougeole est un problème souvent difficile à résoudre, surtout chez les enfants. Il est facile de s'en convaincre quand on songe que l'enfant ne crache pas, que l'on est à peu près sans renseignements sur l'existence et le siège de la douleur et sur les signes subjectifs d'une façon générale. En comparant les résultats de la radioscopie à ceux fournis par l'examen clinique du malade, l'étude bactériologique de l'expectoration, les constatations d'autopsie, MM. Weill et Gardère ont encore récemment attiré l'attention sur ce fait que, dans un certain nombre de cas, il est extrêmement difficile, sinon impossible, de différencier cliniquement et même à l'autopsie la pneumonie de la broncho-pneumonie. Seule, la radioscopie permet de faire le diagnostic, en montrant la présence ou l'absence de l'ombre radioscopique.

1° *Broncho-pneumonie*. — La broncho-pneumonie est la complication de la rougeole la plus fréquente, c'est par conséquent à cette affection qu'il faudra tou-

jours penser au cours d'une rougeole dès que se manifesteront des symptômes pulmonaires. Le diagnostic sera facile quand il s'agira d'une forme bien caractérisée de broncho-pneumonie à noyaux disséminés ou de bronchite capillaire dont les symptômes et les lésions s'opposent de la façon la plus nette à ceux de la pneumonie. Mais la difficulté se présentera quand il s'agira d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Cette affection, en effet, peut très bien donner le change et ressembler cliniquement à la pneumonie lobaire. Dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, les lésions affectent bien le type lobulaire mais rappellent par leur confluence un foyer massif d'hépatisation lobaire et donnent lieu aux mêmes signes d'auscultation que la pneumonie. « Vers le quatrième ou le cinquième jour, les signes stéthoscopiques prennent une fixité très nette; on perçoit en un point déterminé de la matité, du souffle tubaire, des râles crépitants » (Weill). La fièvre peut apparaître brusquement, monter d'emblée à 40 degrés, et se maintenir en plateau pendant quelques jours avec de petites oscillations; la dyspnée peut être moins intense, l'oppression moins marquée, la figure plus colorée. Bref, l'ensemble symptomatique tend à se rapprocher beaucoup de celui de la pneumonie.

En outre, la broncho-pneumonie pseudo-lobaire présente parfois chez les tout jeunes enfants une marche suraiguë et tue le malade en quelques jours au milieu de la somnolence ou des convulsions, rappelant très exactement la pneumonie à forme cérébrale.

D'autre part, nous avons vu que l'évolution de la pneumonie lobaire au cours de la rougeole était plus irrégulière que celle de la forme primitive. Elle peut affecter une forme traînante, elle peut se prolonger quinze jours et même davantage, dix-sept jours dans le cas de Ziemssen et Krabler (obs. IX), vingt-huit dans le cas rapporté dans la thèse de Desmars (obs. VIII) et même plus d'un mois comme dans l'observation XIV. La marche de la pneumonie lobaire morbillieuse peut être intermittente, évoluer en plusieurs étapes séparées par une rémission thermique passagère. A l'auscultation, dans ces cas, on trouve un foyer d'hépatisation occupant une grande étendue du poumon et dont on peut suivre la marche par des examens radioscopiques répétés. De même, pour les pneumonies doubles ou migratrices, on ne peut par le seul examen clinique les différencier des broncho-pneumonies pseudo-lobaires.

En faveur du diagnostic de pneumonie lobaire, on peut invoquer le début brusque, la courbe thermique se maintenant autour de 40 degrés avec de faibles oscillations, l'absence de bronchite, les crachats rouillés, visqueux et adhérents, les râles crépitants fins, l'abondance du pneumocoque dans les crachats. Mais tous ces signes n'ont qu'une valeur relative, et, comme nous allons le voir, peuvent se trouver en défaut.

Donc, même si tous les symptômes sont ceux de la pneumonie franche, si, à l'examen radioscopique, nous ne constatons pas l'ombre triangulaire, il faudra affirmer la broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

La preuve en a été fournie à M. le professeur Weill par la constatation d'un cas unique qu'il a observé au mois de mars 1912 dans le service des rougeoles (obs. XI) et qu'il a rapporté récemment à la Société médicale des Hôpitaux (*Lyon Médical*, 24 novembre 1912). Il s'agissait d'un jeune homme de vingt et un ans, en récurrence de rougeole. Rentré le 13 mars, l'éruption morbillieuse avait disparu au bout de deux ou trois jours. La température s'était maintenue normale jusqu'au 16 mars. Puis, dans la nuit du 16 au 17, la température monte d'emblée à 40°6; avec cela tous les symptômes d'une pneumonie franche absolument typique : point de côté, frisson violent, vomissements répétés, souffle très net avec râles crépitants à l'une des bases, crachats rouillés fourmillant de pneumocoques. Les signes physiques, les troubles fonctionnels, les symptômes généraux, l'examen des crachats étaient en faveur d'une pneumonie lobaire. On examine le malade aux rayons X et on ne voit pas d'ombre. M. Weill porte cependant le diagnostic de pneumonie et ajoute que, pour cette fois, la radioscopie est en défaut. Après une amélioration de quatre à cinq jours à partir du 29 mars, la température remonte, l'état général s'aggrave, une pleurésie purulente se déclare, on fait une thoracentèse puis l'opération de l'empyème et le malade meurt dans la torpeur et l'asphyxie. A l'autopsie on trouve une gangrène de la plèvre droite avec débris sphacelés et des lésions de broncho-pneumonie pseudo-lobaire aux deux lobes inférieurs. La vérification donnait donc raison au seul signe que l'on avait constaté contre l'hypothèse d'une

pneumonie franche, à savoir : l'absence du triangle radioscopique.

L'ombre triangulaire ne fait jamais défaut dans la pneumonie, tandis qu'elle n'existe pas dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. L'observation précédente démontre bien que, malgré l'importance et la confluence des noyaux d'hépatisation lobulaire, celle-ci ne suffit jamais à faire disparaître la transparence des poumons aux rayons X. L'examen radioscopique est actuellement le seul moyen de différencier la broncho-pneumonie pseudo-lobaire à noyaux confluent de la pneumonie lobaire.

A l'autopsie, le diagnostic anatomo-pathologique de ces deux affections est tout aussi difficile. En effet, la confluence des noyaux d'hépatisation est parfois telle qu'on ne peut dire, même sur les pièces, s'il s'agit de pneumonie ou de broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Le seul signe en faveur de la broncho-pneumonie, c'est l'existence du pus dans les bronches.

M. Weill s'est alors demandé comment il se faisait que l'ombre radioscopique ne se montrait que dans la pneumonie, tandis que la broncho-pneumonie pseudo-lobaire la plus massive, à lésions confluentes, donnant à l'autopsie une portion de poumon hépatisé, macroscopiquement semblable à un foyer de pneumonie, était quand même transparente aux rayons X. Il a eu l'idée d'utiliser un procédé de fixation pratique découvert par un anatomo-pathologiste allemand, Grégor, et qui lui a été signalé par M. Vogt, assistant du professeur Czerny à Strasbourg. Avant l'ouverture du cadavre, on injecte dans les veines, la veine fémoro-

rale par exemple, une solution de formol à 40 pour 100, jusqu'à ce que le liquide déborde hors de l'appareil circulatoire, ce qui se manifeste par l'écoulement de sérosité par les narines et par la bouche, soit trois quarts de litre chez l'enfant, un peu plus chez l'adulte. Tous les tissus, et en particulier les poumons, sont imbibés de la solution et se trouvent fixés dans la situation qu'ils occupaient pendant la vie. Après l'ouverture du thorax, les poumons ainsi fixés ne se rétractent plus sous l'action de la pression atmosphérique, ils conservent leur volume normal, leurs contours restent nets, la loge cardiaque du poumon gauche reste moulée, et, ce qui nous intéresse bien davantage, les vésicules emphysémateuses interposées entre les noyaux macroscopiquement confluent de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire ne se rétractent plus et restent gonflées d'air comme sur le vivant. M. Gardère nous a montré des coupes de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, montées sur lame après injection de Grégor et nous avons constaté les vésicules saines disséminées entre les noyaux d'hépatisation. M. le professeur Weill se propose en outre de faire préparer des pièces analogues prises sur un poumon fixé au préalable, concernant un foyer de pneumonie franche.

M. le médecin-major Job nous a communiqué une observation (obs. X) de rougeole avec complication pulmonaire diagnostiquée pneumonie double. Cliniquement, en effet, ce cas présentait tous les symptômes de la pneumonie franche : début brusque, ascension subite de la température à 40 degrés, point

de côté, râles crépitants, crachats rouillés renfermant des pneumocoques en abondance. Mais comme ni l'examen radioscopique, ni l'autopsie n'ont été faits, nous ne pouvons pas affirmer que ce soit une pneumonie lobaire. C'est un cas cliniquement analogue au précédent. De même et pour les mêmes raisons il nous est permis de douter de l'exactitude du diagnostic par toutes les observations rapportées par les auteurs.

Nous pouvons conclure d'une façon absolue qu'il n'y a aucune assimilation à faire entre la pneumonie franche et la broncho-pneumonie pseudo-lobaire malgré leur ressemblance clinique. Ce sont deux affections absolument distinctes, différant non seulement par leurs lésions anatomo-pathologiques, mais encore, comme nous l'avons vu, par leur pathogénie.

Ces deux complications peuvent, d'ailleurs, se trouver associées chez le même malade, comme c'est le cas de l'observation XIII. Le malade a d'abord une broncho-pneumonie à gauche avec état général mauvais, lèvres sèches et fuligineuses, de la dyspnée, de l'oppression; la respiration, à 65, présente le type inverse; le pouls est à 160. La radioscopie, le 16 décembre, ne montre que de gros ganglions. Le 27 la situation s'améliore, puis s'aggrave de nouveau le 28. Le malade est agité, la température se maintient à 40, la respiration à 60. Il meurt par asphyxie le 6 janvier. A l'autopsie on trouve une broncho-pneumonie à la base gauche et une pneumonie grise au lobe supérieur droit. Comme on avait fait l'examen radioscopique avant l'éclosion de la pneumonie, qu'il

n'avait pas été refait depuis et que le malade avait déjà une broncho-pneumonie, d'après les seuls signes cliniques on ne pouvait pas soupçonner l'apparition d'une pneumonie franche.

2° *Pneumonie tuberculeuse*. — La rougeole se complique souvent de pneumonie tuberculeuse. Von Pirkett a dit que la défense contre la tuberculose était diminuée dans la rougeole. Cette fièvre éruptive, ainsi que la scarlatine et la grippe, est une maladie tuberculisante. Le petit malade ne présentait, le plus souvent, avant sa maladie aucun foyer apparent de tuberculose, sauf de l'*adénopathie trachéo-bronchique*. Au fur et à mesure que la rougeole se développe, la réaction de défense s'arrête et le foyer tuberculeux, de latent, va devenir patent; le sujet va se tuberculiser. Dans la pneumonie bacillaire, les signes physiques sont ceux de la pneumonie, la courbe thermique est à grandes oscillations, la fièvre se prolonge, le malade maigrit. Comme la tuberculose envahit de préférence le sommet, l'ombre radioscopique, au lieu d'être un triangle situé à la partie inférieure du lobe supérieur, coiffera d'une façon uniforme le sommet du poumon. On se basera aussi sur les antécédents héréditaires et personnels.

3° La *pleurésie* est rare dans la rougeole et, le plus souvent, consécutive à la broncho-pneumonie. J. Comby a vu la pleurésie sérofibrineuse compliquer deux fois un foyer de broncho-pneumonie. Dans un autre cas la broncho-pneumonie s'était compliquée d'empyème et l'enfant avait succombé. Il en a été de même pour le malade dont nous parlions tout à l'heure

(obs. XI). La pleurésie a un tableau symptomatique moins bruyant que la pneumonie. La température est moins élevée et on constate tous les signes de l'épanchement pleural : absence de vibrations thoraciques, diminution du murmure, égophonie, sensation de flot, ballottement. En cas de doute, il sera bon d'employer la radioscopie. La pneumonie elle-même peut aussi s'accompagner de pleurésie. Il est infiniment rare, en effet, que la pneumonie ne s'accompagne d'un certain degré de pleurésie sèche; pour peu que le foyer de pneumonie soit superficiel, le dépoli de la plèvre est à peu près fatal, mais cet exsudat à la surface de la séreuse est souvent assez peu abondant pour que l'auscultation la plus attentive le révèle à peine. D'autres fois, au contraire, ce sera une véritable pleurésie avec épanchement qui évoluera pour son compte après guérison de la pneumonie. Ces pleurésies métapneumoniques sont fréquentes chez les enfants et peuvent aussi se rencontrer au cours de la rougeole. Elles sont souvent enkystées et ont tendance à se terminer par vomique.

MM. Weill et Gardère (*Lyon Médical*, juin 1911) ont attiré l'attention sur le fait de la coexistence d'une pneumonie avec un léger épanchement à la surface du poumon. Dans ce cas, on ne note pas le défaut d'expansion sous-claviculaire et le diagnostic ne peut être fait que par la radioscopie.

Enfin, M. Weill a vu, à plusieurs reprises, des cas de rougeole se compliquer, pendant la convalescence, d'une fièvre intermittente pendant un temps très long, quinze à trente jours, avec quintes de toux fréquentes.

Mais, dans ces cas, il n'y avait aucun signe du côté des poumons.

On voit donc combien peut être difficile le diagnostic de la pneumonie franche au cours de la rougeole. En dernière analyse, nous dirons que celui-ci ne pourra être affirmé que par la présence du triangle radioscopique axillaire dont l'importance nous est prouvée par le cas de l'observation XI où seul ce signe de pneumonie manquait,

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic de la pneumonie franche est-il aggravé du fait de l'association de cette affection avec la rougeole? Les avis diffèrent suivant les auteurs. Grisolle parle assez longuement du pronostic des pneumonies secondaires. « Il n'y a aucune parité, dit-il, à établir pour le pronostic entre les pneumonies primitives, survenant chez des sujets bien portants, et les pneumonies qui attaquent des individus déjà affaiblis depuis un temps plus ou moins long par quelque maladie aiguë ou chronique. Ces dernières, en effet, sont très souvent mortelles. » Il estime, en outre, qu'elles sont beaucoup plus meurtrières chez les enfants que chez les adultes. Sur 9 cas de pneumonie survenus chez les rougeoleux, 6 se sont terminés par la mort. Il cite Becquerel, qui a observé 21 cas de pneumonie dans le cours ou le déclin d'une rougeole avec 20 décès, proportion qui est beaucoup plus forte que dans les autres fièvres éruptives. Mais on ne peut faire grand cas de cette opinion, puisque Grisolle confond la pneumonie lobaire et la pneumonie lobulaire. Nous avons déjà vu que, pour Vulpian, la pneumonie

secondaire à la rougeole peut très rapidement évoluer vers l'hépatisation grise. Pour Barthez et Sanné la pneumonie fibrineuse ordinairement très bénigne chez l'enfant lorsqu'elle est primitive et simple, devient souvent mortelle dès qu'elle s'associe à la rougeole. Ils citent 21 guérisons pour 27 décès. Cependant ils ajoutent cette restriction que « cette gravité relative dépend, en grande partie, des autres complications qui se surajoutent à la pneumonie, car, seule complication de la rougeole, elle conserve sa bénignité ordinaire ». Tandis que dans les cas où d'autres complications étaient surajoutées à la pneumonie, ils n'ont eu que 8 guérisons pour 24 décès, dans les cas où la pneumonie était seule associée à la rougeole, ils ont eu 13 guérisons pour 3 décès seulement. De plus, ils pensent que la pneumonie franche est, comme la broncho-pneumonie, plus dangereuse au début de la rougeole que lorsqu'elle survient dans le cours ou la convalescence de cette fièvre éruptive.

Pour C. de Gassicourt, le pronostic de la pneumonie franche de la rougeole est aussi bénin que celui de la pneumonie primitive. Dans les deux observations qu'il rapporte, « il est impossible d'interpréter ces faits par l'hypothèse d'une broncho-pneumonie ; la broncho-pneumonie pseudo-lobaire pourrait avoir cette allure, mais elle serait rapidement mortelle, et les deux affections pulmonaires ont évolué dans ces deux cas avec la même simplicité ».

Pour M. Bottombez, dont il nous faut comme précédemment suspecter l'opinion, la pneumonie franche de la rougeole se terminerait en général par la gué-

risson. Sur les treize cas dont il parle, tous les petits malades ont guéri sauf un petit garçon de dix-huit mois, qui succomba à des convulsions deux jours après la crise. Par contre, les trois cas de broncho-pneumonie notés pendant la même période se sont tous terminés par la mort. Dans le cas de récurrence de pneumonie à la suite d'une rougeole cité par Comby, cet auteur dit que « quoique franche, la pneumonie a été secondaire la première fois à la grippe, la deuxième fois à la rougeole, ce qui ne l'a pas empêchée d'évoluer d'une façon normale et d'accomplir son cycle habituel ». Cependant ce même auteur cite un autre cas (obs. III) de pneumonie du sommet gauche survenue vers le troisième jour après que la fièvre éruptive était guérie, et terminée par la mort le onzième jour. Dans l'observation de Broca (obs. VI), la pneumonie se prolonge dix jours avec température à oscillations assez fortes ; le onzième jour, défervescence brusque suivie de convalescence rapide. Dans les deux cas de la thèse de Desmars (obs. VII et VIII), les malades ont guéri. Dans l'observation de Ziemssen et Kraber (obs. IX), la pneumonie survient chez un enfant de trois ans et demi le lendemain de la disparition de l'éruption, elle se localise aux deux bases et la défervescence se produit au bout de dix-sept jours. Pour le cas du militaire de l'hôpital Desgenettes (obs. X), la maladie s'est terminée par la mort après deux poussées successives ; mais comme ni l'examen radioscopique ni l'autopsie n'ont été faits, il y a de grandes chances qu'il se soit agi d'une broncho-pneumonie. Enfin pour les deux cas authentiques de pneu-

monie franche du service des rougeoleux de la Charité et confirmés par la radioscopie, l'un s'est terminé par la guérison chez un enfant de deux ans sans autre complication (obs. XII), l'autre a évolué jusqu'à l'hépatisation grise avec pleurésie droite et dilatation cylindrique des extrémités bronchiques (obs. XIV). Dans le cas de l'observation XIII le malade est mort, mais à la pneumonie du sommet droit s'était ajoutée une broncho-pneumonie suppurée du lobe inférieur gauche.

Que conclure de tous ces faits ? C'est que d'abord le pronostic est plus bénin chez l'enfant que chez l'adulte par suite de la résistance du cœur et de l'intégrité des autres organes. Cependant elle paraît plus grave chez les tout jeunes enfants. Dans presque tous les cas suivis de guérison dont nous venons de parler, les petits malades étaient âgés de trois à dix ans. Les deux malades des observations XIII et XIV qui ont succombé n'étaient âgés que de deux ans. Par contre, le petit malade de l'observation XII qui a guéri n'était âgé que d'un an et demi.

Enfin et surtout le pronostic dépend de l'état antérieur du sujet et des autres complications qui viennent se surajouter à la pneumonie. La pneumonie de la rougeole peut en effet, comme la pneumonie primitive, se compliquer de pleurésie séro-fibrineuse ou même purulente, de méningite à pneumocoques avec convulsions et très souvent d'otite moyenne suppurée pouvant donner lieu à des symptômes cérébraux ou méningés (obs. IV, XIV).

Le siège de l'hépatisation peut-il influencer sur le pro-

nostic? Pour la pneumonie primitive, d'après M. Weill, « la bénignité est beaucoup plus marquée dans la pneumonie du sommet droit, que dans celle des bases ; et la pneumonie des bases est plus bénigne que celle du sommet gauche ».

Pour la pneumonie de la rougeole, nous constatons d'abord que les treize cas douteux de M. Bottombez sont localisés à une ou aux deux bases ; douze sur treize ont guéri. Dans nos observations, nous avons 7 cas de pneumonie du sommet droit dont 6 guérison pour 1 décès ; 3 cas de pneumonie du sommet gauche avec 1 décès et 2 guérison. Il semble donc que les pneumonies des bases et du sommet droit sont plus bénignes que celles du sommet gauche.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de la pneumonie lobaire de la rougeole n'offre rien de particulier : il est le même que celui de la forme primitive.

Il faut avant tout faire boire le malade ; les boissons abondantes favorisent l'élimination des toxines ainsi que le lait qui est le meilleur des diurétiques.

On prescrira les toniques généraux, l'alcool sous forme de thé au rhum, potion de Todd, le vin de quinquina, l'extrait de quinquina, le vin de kola.

L'hyperthermie sera combattue par la quinine (10 à 15 cg.) et l'antipyrine (10 à 20 cg.).

On combattra les symptômes nerveux, les phénomènes typhoïdes, agitation, assoupissement, par l'hydrothérapie sous forme de bains tièdes à 32-33 degrés, ou mieux de bains progressivement refroidis à 28-30 degrés. Si le malade ne le supporte pas, on emploiera le drap mouillé ou compresse de Priestnitz.

En cas de convulsions, on emploiera les inhalations d'éther ou de chloroforme, le bromure à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, le bain tiède.

Contre les phénomènes méningés, la ponction lombaire, en évacuant le liquide céphalo-rachidien, amènera parfois la sédation.

Dans les pneumonies à résolution traînante on prescrira la révulsion.

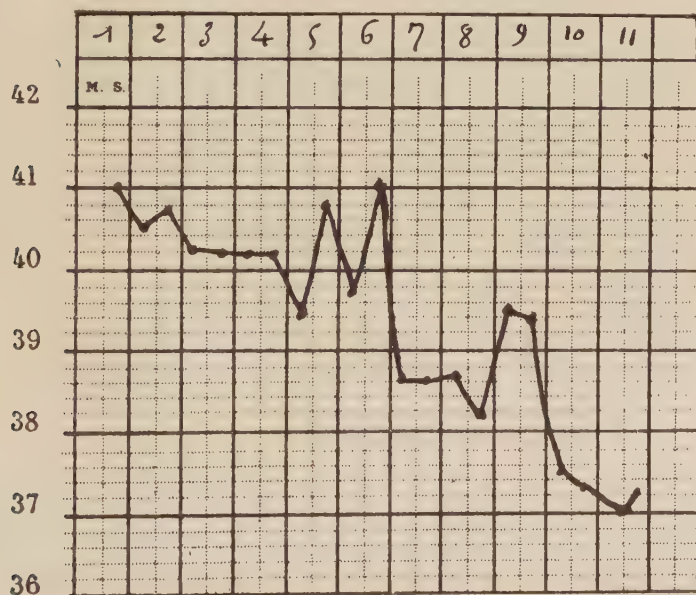
Enfin, en raison de l'adynamie et de la tendance à l'hépatisation grise, la principale indication est de prescrire des toniques cardiaques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(C. de Gassicourt, *Traité clinique des Maladies de l'enfance.*)

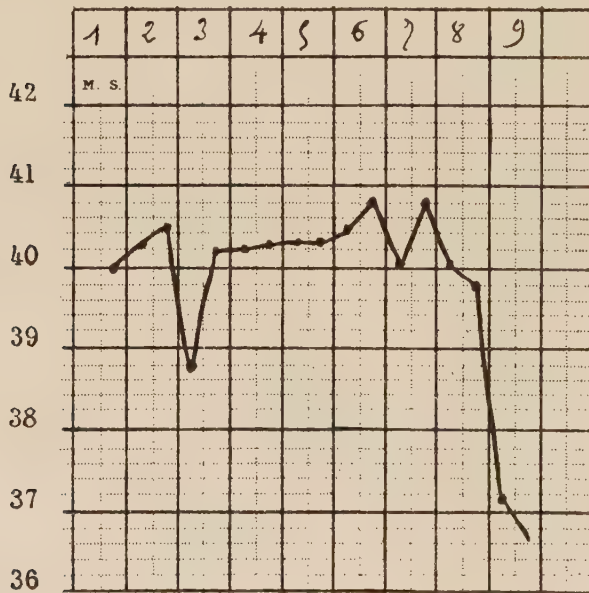
Il s'agit d'un enfant de cinq ans dont la rougeole a été parfaitement normale. Le début de la pneumonie a été marqué par un point de côté à gauche et par une élévation subite de la température. La matité s'est montrée au sommet en arrière le quatrième jour seulement, et le souffle le cinquième. Le soir du cinquième jour et le soir du sixième, deux poussées congestives se sont produites à la base gauche, et le neuvième jour, une troisième congestion au même point. La défervescence s'est faite le dixième jour.



OBSERVATION II

(C. de Gassicourt, *Traité clinique des Maladies de l'enfance.*)

Enfant âgé de dix ans. La pneumonie qui siégeait au sommet droit, en avant et en arrière, a débuté brusquement par un point de côté; il y a eu successivement deux poussées congestives, l'une à la base gauche, l'autre à la base droite; celle de gauche a débuté le troisième jour et a duré quarante-huit heures; celle de droite a débuté le cinquième et a duré vingt-quatre heures. La défervescence s'est faite le neuvième jour.



Cadet de Gassicourt ajoute qu'il est impossible d'interpréter ces faits par l'hypothèse d'une broncho-pneumonie. La broncho-pneumonie pseudo-lobaire suraiguë pourrait avoir cette allure, mais elle serait rapidement mortelle et

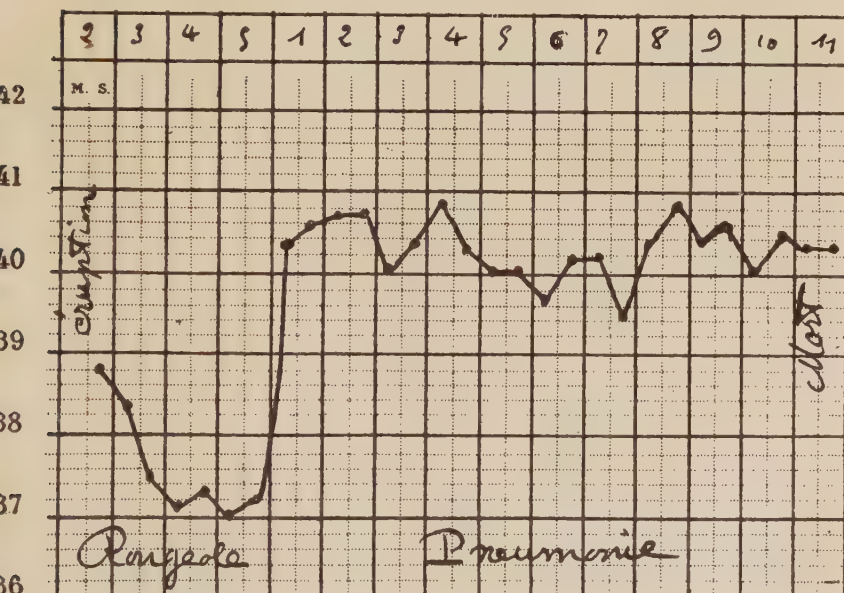
les deux affections pulmonaires dans ces deux cas ont évolué très simplement. Il fait remarquer que Cornil a observé plusieurs fois dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire dans une pyrexie à déterminations broncho-pneumoniques, des pneumonies lobaires, vérifiées par l'autopsie et le microscope. Il n'y a aucune raison pour que pareille chose ne se produise dans la rougeole.

OBSERVATION III

(J. Comby, *Traité des Maladies de l'enfance de Grancher et Comby*).

Pneumonie franche au moment de la desquamation.

Garçon de neuf ans et demi, entre en juin 1895 au pavillon d'isolement pour une rougeole; vers le troisième jour, alors que la fièvre éruptive était guérie, une pneumonie du sommet gauche se déclare avec issue mortelle le onzième jour.



OBSERVATION IV

(J. Comby, *Archives des Maladies des enfants*, avril 1912.)

*Récidive de pneumonie franche chez un enfant de neuf ans
à la suite de la rougeole.*

L... René, à l'âge de trois ans, contracte la grippe en février 1895 en même temps que sa sœur qui a souffert pendant quinze jours d'une grippe à localisation gastro-intestinale. Guérison, puis semble faire une rechute de sa grippe le 2 avril. Pneumonie du sommet droit; le neuvième jour, défervescence définitive.

29 janvier 1901. — L... René, âgé de neuf ans, est pris de rougeole sans prodromes : éruption très belle, typique, avec rhino-pharyngite assez marquée. Très peu de fièvre, 38, 38°2 dans l'aisselle.

3 février. — Après la défervescence de la rougeole, l'enfant se sentant très bien demande à manger. Dans l'après-midi, vomissements. T. : 40°4 dans l'aisselle. Langue saburrale, pouls à 120; 20 respirations à la minute. Il n'y a donc pas de dyspnée. Cependant, prostration, constipation, douleur légère au niveau de l'hypocondre droit (point de côté abdominal).

Jusqu'au 9 février, la température oscille autour de 40 degrés.

Peu ou pas de toux, langue très sale, sèche le matin.

Pendant plusieurs jours, malgré l'auscultation la plus attentive, on n'entend ni râles, ni souffle. On pense à une grippe, à une fièvre typhoïde.

7 février (cinquième jour de la maladie). — Souffle léger dans la fosse sus-épineuse droite. Le lendemain, souffle plus fort avec quelques râles bullaires.

On donne des bains (deux à trois par jour) à 34-35 degrés pendant dix minutes. Ces bains soulagent beaucoup le malade et lui procurent un sommeil tranquille. Lavages de

la bouche et du nez, injections nasales avec huile résorcinée à 1 pour 25. Diète liquide, lavements d'eau bouillie tiède matin et soir.

Doses modérées de quinine et d'antipyrine. Toux peu accusée, jamais de dyspnée, la respiration n'excédant pas 24 à 30 par minute.

9 février. — Otite droite avec écoulement abondant.

11 février. — Otorrhée gauche.

A ce moment, le thermomètre marque 37 degrés (neuvième jour de la pneumonie). Le pouls est tombé à 78 au lieu de 120. Il n'y a plus de souffle. L'écoulement auriculaire est abondant. Il se tarit en quelques jours par injections d'H²O² à 12 volumes et instillations de glycérine phéniquée à 1 pour 30.

Après la défervescence de la pneumonie, la toux devient plus fréquente et plus grasse, et l'auscultation fait entendre des râles sonores et sous-crépitants disséminés dans les deux poumons. L'état reste le même jusqu'au 18 février. A ce moment, l'écoulement des oreilles est tari et la bronchite a cédé. Guérison complète, retour des forces, de la gaieté, de l'appétit. L'enfant, qui était redevenu très maigre, reprend très vite son embonpoint habituel.

OBSERVATION V

(*Presse médicale*, 5 août 1911.)

Rougeole, pneumonie, emphysème sous-cutané.

Un garçon âgé de dix ans contracte une forme grave de rougeole, puis une pneumonie. Le malade est oppressé, la température oscille entre 39 et 40 degrés; le pouls est à 130-150; la respiration est à 60. Le matin du quatorzième jour, la température devint normale pour la première fois. Le soir, apparut subitement un emphysème sous-cutané, d'abord à la nuque; puis le tronc, la face, l'abdomen, le scro-

tum furent envahis à leur tour. D'abord localisé au côté gauche, l'emphysème s'étendit ensuite au côté droit.

L'état général s'améliore cependant, de même que les signes pulmonaires. La température restait normale. Quarante-huit heures après l'apparition de l'emphysème, l'enfant s'endormit couché sur le côté gauche; deux heures plus tard « il y eut du bruit dans sa gorge », il pâlit et mourut. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION VI

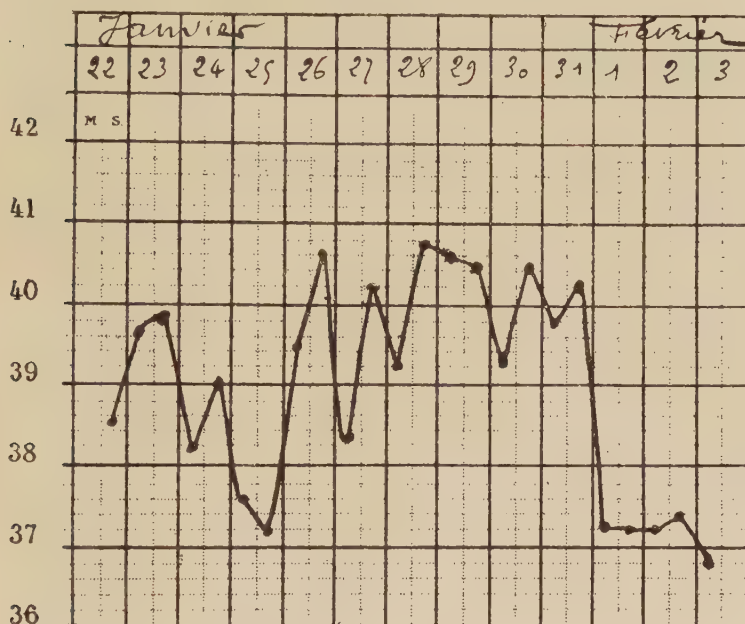
(A. Broca, Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire aiguë secondaire, *Revue de Médecine*, 1885.)

*Rougeole. — Pneumonie lobaire
aiguë dans la convalescence. — Guérison.*

F... Eugène, six ans et demi, entre le 9 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 36 (hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue). Admis dans le service pour une hydrocèle vaginale congénitale. Le 20 janvier, présente de la conjonctivite. Puis rougeole confirmée, légère, arrivant à la défervescence le 25 janvier. Puis, brusquement, le 26 janvier, fièvre vive; on n'entend des deux côtés que de la sibilance; la sonorité est normale. Le lendemain matin, la fièvre avait notablement diminué, les signes stéthoscopiques restant les mêmes. C. de Gassicourt, consulté sur ce malade, penche vers une congestion centrale mais, le 27, la fièvre reprend avec autant d'intensité. C'est le 28 seulement qu'on entendit du râle crépitant dans l'aisselle gauche, en un point où la sonorité à la percussion était notablement diminuée. Le 29, il existait en ce point un souffle tubaire net. L'état général était sérieux. Dyspnée, délire. Le 30, amélioration. Presque plus de sibilance. Quelques rhonchus à droite. A gauche, le souffle est remplacé par un foyer de râles sous-crépitaux de volume normal. Même état le 31. Le 1^{er} février, défervescence brusque, de 40°1 à 37°4. Dès

lors, convalescence rapide. Une dizaine de jours après, la respiration était redevenue normale des deux côtés.

Examen des urines. — Le 25, pas d'albumine. Le 27, léger nuage par la chaleur et l'acide azotique, augmente le 28, considérable le 29, stationnaire pendant deux ou trois jours, puis disparaît rapidement.



OBSERVATION VII

(Thèse de F. Desmars, Paris, 1907-1908.)

*Rougeole. — Pneumonie droite du sommet
avec réactions méningées.*

Camille M..., dix ans et demi. Entrée le 24 juin 1907.

Enfant née à terme, a toujours été bien portante.

Depuis cinq à six semaines, l'enfant est très énervée, a

eu la rougeole il y a quinze jours. Cette maladie a été bien traitée et a guéri.

Vendredi soir, 20 juin, elle a eu un frisson vers 7 heures.

Depuis elle a une sensation persistante de froid; elle n'a pas vomi. Depuis ce temps, persiste un état fiévreux.

Etat actuel. Appareil respiratoire. — Submatité au sommet droit en arrière; la recherche des vibrations donne peu de renseignements. Inspiration un peu soufflante au sommet droit. En avant, sonorité du sommet droit un peu diminuée. A l'auscultation, on ne constate rien, pas plus d'ailleurs que sous l'aisselle. La respiration est à 40. Pas d'expectoration.

Appareil circulatoire. — Rien au cœur. Le pouls est à 130, il est régulier.

Appareil digestif. — Langue saburrale, anorexie, ventre souple. Constipation. Foie un peu gros. Rate perceptible à la percussion.

Système nerveux. — Mouvements irréguliers, la malade fait des grimaces diverses : mâchonnement et ressemblant à ce que l'on observe dans la chorée, et qui existeraient depuis cinq semaines.

Le soir, la respiration devient plus nettement soufflante au sommet droit, on observe quelques râles, la toux est retentissante.

25 juin. — Submatité en arrière au sommet droit. Respiration soufflante, mais aucun autre signe stéthoscopique.

26 juin. — Plus de mouvements choréïques. Déferescence.

Dans ce cas, la rougeole n'est peut-être pas la cause de la pneumonie, mais l'antécédent presque immédiat.

Cette enfant avait eu la rougeole quinze jours avant sa pneumonie, elle en était guérie quand la pneumonie survint.

OBSERVATION VIII

(Même thèse que la précédente.)

Rougeole. — Pneumonie prolongée du sommet droit.

Enfant âgé de trois ans et demi. Entré le 23 décembre 1907 pour pneumonie.

Treize jours avant son entrée, l'enfant fut pris de symptômes qui semblent être ceux de la rougeole : coryza, larmoiement, petite toux, puis apparition, sur la face d'abord, sur le thorax ensuite, de petites taches rouges. Cette éruption d'abord discrète aurait été suivie d'une légère desquamation deux jours après.

Depuis ce temps l'enfant avait continué à tousser ; il présentait de la fièvre, souffrait du côté de l'abdomen et, symptôme rare dans la pneumonie, il avait une diarrhée très fétide. C'est alors que la mère se décida à l'amener à l'hôpital.

25 décembre. — Légère rougeur de la pommette. La température est à 40 degrés. Toux quinteuse mais peu fréquente. Respiration : 40.

Poumon. — Matité à la base droite. Souffle et foye de râles crépitants. Pouls : 140.

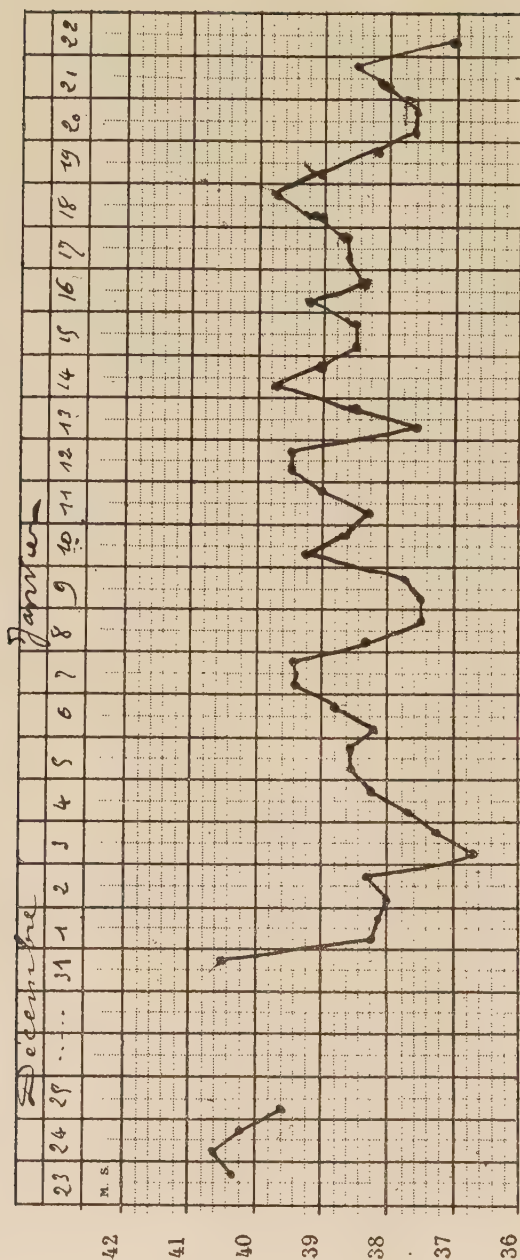
Langue blanche, lèvres sèches et fissurées.

26 décembre. — Respiration brève à 48 à la minute. Grosse matité à la base droite. Les râles ont diminué au point de disparaître presque complètement. Matité et souffle persistent.

27 décembre. — Oppression ; à droite, au sommet, submatité et souffle tubaire. Respiration à 60.

28 décembre. — Rougeur intense de la pommette droite. Myosis du côté malade. Matité et souffle persistent.

2 janvier. — En arrière, souffle au sommet. Râles aux bases. En avant, à droite, souffle plus intense qu'en arrière à caractère tubo-amphorique,



4 janvier. — Râles des deux côtés et surtout à droite en arrière ; en avant et à droite, souffle et râles humides.

13 janvier. — Radioscopie : foyer d'obscurité au sommet droit. Dans la région axillaire, petite zone de matité et souffle. La température tombe définitivement le 22 janvier.

OBSERVATION IX

(Observation de Ziemssen et Krabler).

Enfant âgé de trois ans et demi.

Entré le 21 novembre 1861.

Depuis plusieurs jours le malade tousse et étérnue.

Symptômes très accentués : toux, étérnuements, conjonctivite, vomissements, diarrhée, insomnie puis somnolence.

Aphtes de la bouche, provoquant de la douleur.

L'éruption débute à la face le 24 novembre à midi.

En même temps : délire, somnolence, ténésme avec selles fréquentes, aqueuses et brunes. Amélioration de cet état le 26 novembre. Le 27, au matin, l'éruption a disparu. Fièvre et soif vive. Nuit agitée.

Le 28 au matin, le poumon droit est suspect du haut en bas.

Le 30, pour la première fois, on perçoit des signes certains de condensation.

Le 4 décembre, au niveau du lobe inférieur gauche, du hile jusqu'à la base, hépatisation. A droite, en bas, bande de matité, respiration diminuée.

Le 5, à droite à la base, zone de matité ; à gauche, en bas, matité atteignant la région moyenne. Sonorité conservée jusqu'au hile seulement.

Le 6, disparition ou diminution de la matité, au sommet droit.

Le 10, à droite, au niveau de la colonne, hépatisation

presque jusqu'à la base atteignant latéralement la ligne axillaire où elle s'arrête brusquement. Ces lésions ont complètement disparu le 25. A noter également qu'il restait des râles éclatants au niveau de ces mêmes zones.

Symptomatologie grave, sans signe véritable d'intoxication.

Plusieurs fois le malade fut pris de collapsus.

Amaigrissement et perte de forces extrêmes.

Le 14, muguet. Malgré une haute température, ni le pouls, ni la respiration n'étaient très accélérés.

Le pouls se tenait autour de 120 et présentait peu de variations. A partir du 10 décembre, la température n'atteint plus 40 degrés. Le 14, elle revient à la normale.

Ce qui fait en tout vingt-quatre jours de fièvre, dont dix-sept pour la pneumonie.

Il s'est sans doute agi d'infection pneumonique avec localisation étendue dans les poumons. Mais comme les bronches des parties non hépatisées restaient perméables et que le cœur était suffisamment résistant l'issue a été favorable. S'il s'était agi d'une broncho-pneumonie, les choses se seraient passées autrement.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de MM. les médecins-majors Job et Lévy.)

*Rougeole. — Complication pulmonaire
diagnostiquée pneumonie double. — Mort.*

S..., vingt et un an, soldat à la 14^e section de C. O. A.
Rentre à l'hôpital Desgenettes, service des contagieux,
le 10 avril 1911 en pleine éruption de rougeole.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

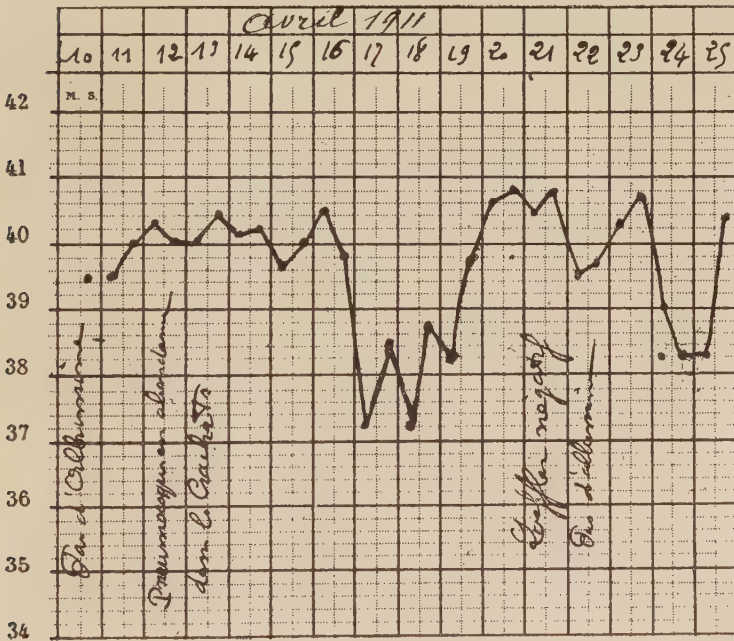
Est vu à l'entrée par M. le médecin-major Job. Point de côté à gauche. La température est à 39°5. Expectorations

visqueuse et adhérente. Pneumonie du lobe inférieur gauche. Pneumocoques en abondance dans les crachats le 12 avril. L'éruption morbillieuse disparaît le troisième jour. La température se maintient autour de 40 degrés jusqu'au 17 avril. Le 17, au matin, défervescence brusque, la température baisse à 37°5. Crise urinaire.

Après deux jours de température à peu près normale, la fièvre remonte le 19 avril. Le malade est vu par M. Lévy : il présente une deuxième pneumonie à la base droite avec point de côté à droite, crachats rouillés et très visqueux, foyer de râles crépitants. Le pouls est à 120 le 21 avril, à 100 le 22, à 150 le 24.

La respiration est à 50 à la minute.

Le malade délire. Pas d'albumine dans les urines. Le malade meurt le septième jour de sa seconde pneumonie. L'autopsie n'a pas été faite.



OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de MM. Weill et Gardère.)

Récidive de rougeole. — Broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec tous les signes de pneumonie. — Crachats, pneumocoques, évolution. — La radiographie n'a jamais montré d'ombre.

M... Louis, vingt et un ans, entré le 13 mars 1912.

Décédé le 7 avril 1912, 4 heures soir.

Rougeole à trois ans.

Malade depuis le 6 mars ; l'affection débute par de la toux et des maux de gorge avec dysphagie prononcée. Dans la nuit du 11 au 12 mars, le malade remarque une éruption sur tout le corps avec fièvre.

Un médecin diagnostique scarlatine et l'envoie à la Charité où il est reçu aux scarlatineux. Il y passe la nuit et, le lendemain, est envoyé aux rougeoleux.

L'éruption ne ressemblait, à part quelques macules rappelant la rougeole, qu'à un érythème diffus de rougeur uniforme sans points saillants, sans piqueté, assez analogue à certains érythèmes médicamenteux et toxiques. Grandes plaques maculeuses à la racine des cuisses. Eruption plus discrète sur le ventre et le thorax tendant à la confluence sur bras et les avant-bras. Face rouge au niveau des joues et autour des yeux. Pas de Köplick. Langue non scarlatineuse, bords un peu rouges. Petites taches rouges sur le voile, la voûte et la luette. Grosses amygdales, mais pas trace d'angine.

Malgré les anomalies constatées, on conclut qu'il s'agit d'une rougeole.

P. : 80. T. : 38°5. Pas de ganglions sous-maxillaires.

Aux poumons, à part quelques râles de bronchite, rien de spécial.

18 mars. — L'éruption a disparu au bout de deux ou trois jours.

Dans la nuit du 16 au 17, point de côté, frissons violents, a vomi deux ou trois fois, a toussé toute la nuit. Hier 17, deux vomissements, a vomi encore le 18. La toux continue, point de côté à gauche.

La température qui, à 4 heures du soir, le 16, était de 38°1, monte, à 11 heures, à 40°6 et se maintient au-dessus de 40 degrés depuis trois jours.

Pas de dyspnée. Le pouls est fort.

Souffle très net avec quelques râles en arrière à la partie moyenne du poumon gauche. Crachats rouillés typiques.

19 mars. — Nuit agitée. Souffle plus étendu qu'hier avec râles sous-crépitaux rares. Crachats sanguinolents, non adhérents. P. : 100. R. : 30.

On trouve ce matin un nouveau foyer à droite avec du souffle et des râles moins marqués qu'à gauche. Expectoration abondante, claire, très fluide, parsemée de filets sanglants. Les crachats renferment des pneumocoques en masse.

Conjonctives jaunes. Foie pas augmenté de volume ni douloureux à la pression, selles normales. Urines un peu rouges. Un peu d'albumine. Pas de trépidation plantaire. Pas de Babinski. Réflexe rotulien normal. Tremblement des mains. Pas de Kernig.

20 mars. — Le malade est très agité. Il avoue qu'il buvait 1 litre de vin par jour et de temps en temps de l'absinthe. On lui donne une potion de chloral.

Expectoration abondante, beaucoup de mucosités claires, quelques stries sanglantes, nombreux pneumocoques. Ictère. Urines foncées avec gros disque d'albumine et sérum sanguin foncé renfermant pigments biliaires.

22 mars. — Double souffle aux deux bases. Râles crépitants à droite.

23 mars. — Mêmes signes physiques plus accentués. Délire. Parole saccadée. Mains tremblantes. Langue racornie. Sérodiagnostic typhique négatif.

25 mars. — Etat général identique. Très soulagé par les bains. Il en a pris régulièrement deux par jour depuis le 22, à 34 degrés, de dix minutes.

Dans son lit, il est calme mais parle et gémit constamment.

La température qui, depuis le 16, se maintenait autour de 40°5 descend, le 24, à 39°7.

Expectoration purulente, assez adhérente sans filets sanguins.

Mêmes signes d'auscultation. P. : 108, régulier. R. : 40.

27 mars. — La température remonte le 26 à 40°5, le malade a eu une longue visite ; le matin 39°5. Délire persistant. Idées de mort. Parle continuellement. Les bains le calment beaucoup. Mêmes signes d'auscultation. P. : 120. R. : 40. Depuis quatre à cinq jours se plaint de surdité des deux oreilles.

Otite aiguë moyenne des deux côtés. Paracentèse des deux côtés : à droite, il sort du pus ; à gauche, un peu de sang.

29 mars. — L'état du malade s'aggrave. Maigrit beaucoup.

La température a des oscillations depuis quatre à cinq jours autour de 40 degrés.

Aspect d'un typhique grave.

Aux poumons, persistance et même aggravation des signes d'auscultation.

Des deux côtés en arrière, matité de bois remontant jusqu'à la partie moyenne du poumon sans abolition des vibrations sauf à l'extrême base avec conservation du murmure. Très nombreux râles fins, humides, bullaires, qui font penser à une sorte de fonte purulente des poumons. Souffle aux deux côtés, intense, à maximum expiratoire, presque cavernuleux, râles moyens à l'expiration. Pluie de râles fins à l'expiration.

Aux sommets, quelques rhonchus.

Cœur régulier à 100. Bruits sourds. Foie n'est pas gros,

Rate douloureuse à la pression, ne paraît pas déborder sensiblement les côtes.

Crachats de plus en plus purulents et tendent à perdre leur teinte rougeâtre du début. Le nombre des pneumocoques diminue.

On y trouve maintenant toute espèce de microorganismes surtout un bacille long prenant le Gram et champignons.

6 avril. — Amélioration depuis le 29. La température s'est abaissée peu à peu jusqu'à 37°5 le 3 avril. Depuis hier, réascension et retour du délire. Transpire beaucoup. Signes d'épanchement à droite.

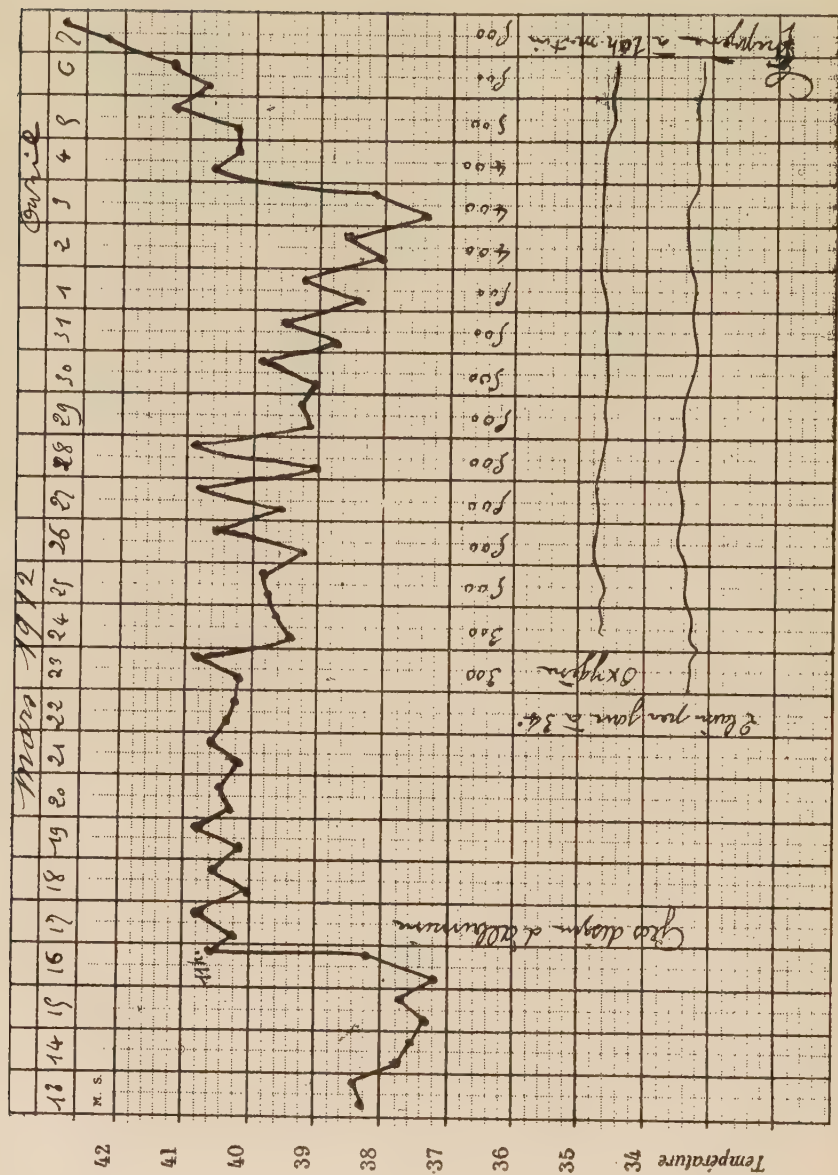
Thoracentèse au Potain : 1 litre de liquide séro-purulent renfermant des pneumocoques et streptocoques. Matité remonte jusqu'à région sus-épineuse. Les signes de broncho-pneumonie ne se sont pas modifiés à gauche. Dyspnée très marquée. P. : 160.

7 avril. — L'aggravation s'est accentuée. On ne sent plus le poulx. La température monte à 42 degrés. Délire toute la nuit. Cyanose marquée. La matité qui avait un peu diminué après la thoracentèse est remontée jusqu'à la région sus-épineuse. On fait l'opération de l'empyème, on retire 1 litre et demi de liquide séro-purulent.

A partir de 2 heures et demie, cyanose, extrémités froides, torpeur. Caféine, huile camphrée. Mort à 4 heures. T. : 42°8.

AUTOPSIE. — A droite, vaste cavité répondant à l'empyème. Le poumon n'adhère à la paroi que le long du bord postérieur et au diaphragme. Les parois sont couvertes de débris sphacelés jaunes et verts. Fausses membranes abondantes sur plèvre viscérale. Rien à la plèvre gauche.

Poumon droit. — Lobe inférieur atelectasié, violet noir ; pas de pneumonie. Un morceau du bord inférieur va au fond de l'eau ; on fait sourdre du pus par les bronches. Lobe inférieur absolument privé d'air.



Lobes moyen et supérieur congestionnés et à la pression il sort du pus et de la sérosité aérée. Emphysème du sommet.

Poumon gauche. — A gauche, mêmes lésions. Le pus sort de toutes les bronches, emphysème accentué du sommet.

En somme, lésions de broncho-pneumonie pseudo-lobaire des deux lobes inférieurs et atélectasiée secondaire du lobe inférieur droit.

Cœur paraît normal. Rate grosse, diffuente.

Foie plutôt gros, normal à la coupe.

Vésicule très petite. Cholédoque perméable. Bile jaune, assez pâle, peu abondante. Rein se décortiquant bien. Substance corticale pâle.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de MM. Weill et Gardère.)

Rougeole. — Pneumonie du sommet droit.

M... Albert, 1 an et demi. Entré le 7 février 1912, sort le 20 avril 1912.

Père et mère bien portants. Mère, trois fausses couches, huit mois, trois semaines, quinze jours. Deux enfants à terme vivants, dont le malade.

Nourri au sein maternel jusqu'à onze mois. Au moment du sevrage, à onze mois, broncho-pneumonie. A quatorze mois, bronchite. Quelques mois après, entérite et pemphigus. Ne marche que depuis huit jours. Premières dents à six mois.

Affection actuelle a débuté le 1^{er} février par toux fréquente, catarrhe oculo-nasal. *Eruption apparue sur face le 6.* Généralisée dans le dos et la poitrine le 7. Dort bien. Pas agité. Pas de toux moniliforme.

A l'entrée, amygdales rouges et un peu grosses, sans points blancs, ni fausses membranes. T. : 39. Ce matin, 8 février, 38 degrés.

A l'examen, éruption généralisée sur tout le corps. Eruption boutonneuse pâle. L'éruption du tronc commence à pâlir.

Rien à l'auscultation. Pas d'adénopathie sous-maxillaire.

L'enfant urine peu. Il est resté, le 7 février, de 4 heures du matin à 7 heures du soir, sans uriner. A uriné deux fois dans la nuit en très petite quantité.

Semble présenter une légère bouffissure des téguments.

Dyspnée peu marquée. Pas de tirage. Pas de type inverse. Léger disque d'albumine.

17 février. — N'a plus d'albumine. Urine bien maintenant. T. : 37°2. Boit bien, dort bien, ne tousse pas.

4 mars. — La rougeole a évolué normalement. A pris de la température le 24 février, Il a présenté des oscillations de plus de 2 degrés du 24 au 26.

Une rémission du 27 février au 2 mars. Depuis cette date, une température qui se tient à 40 et au-dessus. Dès le début, a présenté de l'oppression, du tirage, sans cyanose.

Ce matin, T. : 41. L'enfant est pâle. R. : 60.

A l'auscultation, ni souffle, ni râles muqueux, à peine quelques râles sonores aux bases.

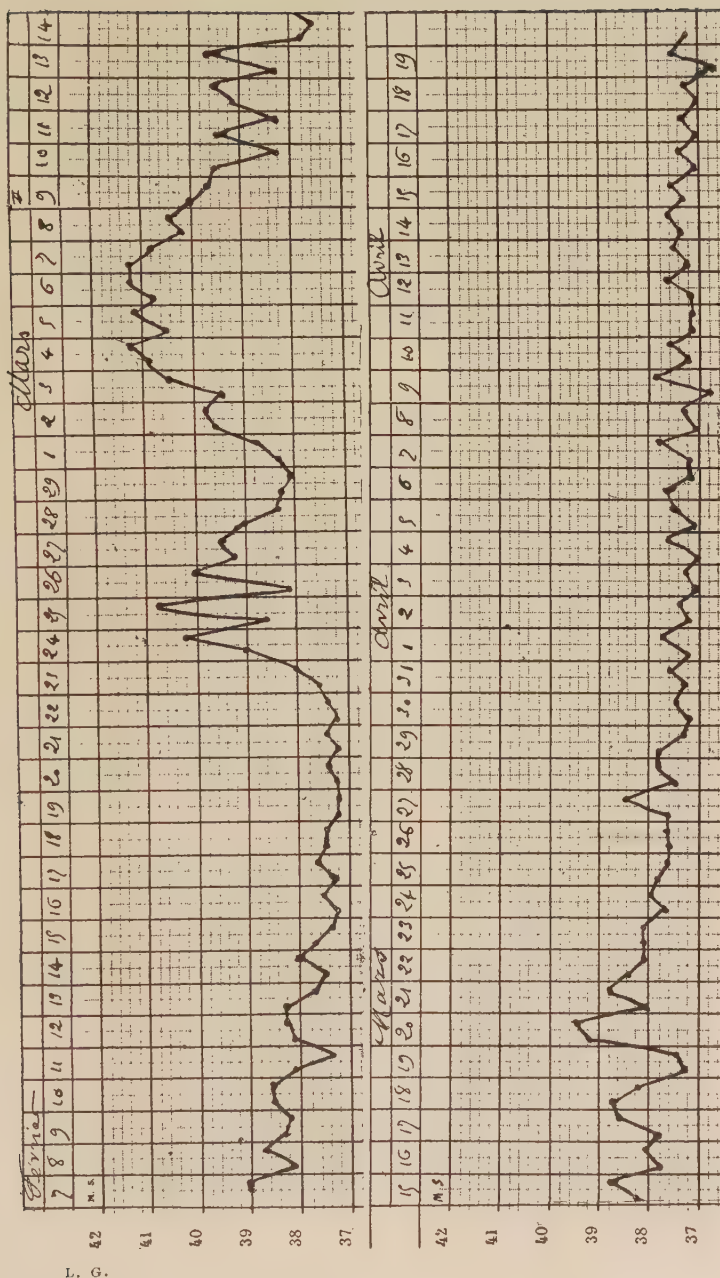
5 mars. — Température toujours élevée. R. : 60. Pas de tirage, pas de type inverse. Pas d'inspiration humée. *Défaut d'expansion de la région sous-claviculaire droite.* P. : 140.

11 mars. — Depuis le 5, la température présente une chute progressive. Hier elle est tombée à 38°2. Ce matin est remontée à 39. Tousse peu, rien à l'auscultation.

12 mars. — Souffle net au sommet droit, en arrière, mais non en avant.

19 mars. — La température a baissé progressivement jusqu'à la normale. L'enfant ne présente aucun trouble fonctionnel depuis plusieurs jours. Ni toux, ni oppression, demande à manger. Rien à l'auscultation.

19 avril. — Du 19 mars au 11 avril, la température a été



I. G.

5.

constamment subfébrile. Depuis le 11, oscille entre 37 et 37°₂.

On le renvoie.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de MM. Weill et Gardère.)

Rougeole. — Pneumonie grise. — Broncho-pneumonie suppurée.

M... Marius, deux ans.

Entré le 14 décembre 1911.

Décédé le 6 janvier 1912.

A toujours été faible et maladif.

Début de la rougeole il y a quinze jours. Toux, épistaxis. Le 8, éruption apparaît sur face, a été très longue à sortir. Le 10, n'était pas encore entièrement sortie. Le 11, l'éruption généralisée en ce moment était restée pâle. Durée, un jour.

A son entrée à l'hôpital, dyspnée avec toux non moniliforme. T. : 39°₉.

Aux poumons : à gauche, nombreux râles fins, humides à la base et dans une grande partie du poumon de ce côté. Rien à droite. R. : 50.

16 décembre. — Etat général mauvais. Lèvres sont sèches, fuligineuses.

Dyspnée vive : R. : 65. P. : 160. Aux poumons, mêmes râles à gauche, gros foyer avec souffle. *La radiographie ne donne que des apparences de ganglions.*

18 décembre. — La température se maintient au-dessus de 40. Agité et oppressé.

Boit difficilement. Atténuation des signes physiques. On ne perçoit plus qu'un foyer de râles à la base droite et des râles diffus du côté opposé. P. : 150. R. : 56. Type inverse. Tirage. Pas de cyanose.

19 décembre. — Au niveau des deux bases, râles assez retentissants et un peu fluides.

22 décembre. — Plus oppressé. Agité la nuit. Râles fluides dans tout le poumon gauche. A droite, râles à la base seulement, avec au-dessus un foyer de souffle.

Poussée de petites vésicules purulentes, de la grosseur d'une tête d'épingle en verre, sur tout le tronc.

27 décembre. — Depuis le 23, la température s'abaisse progressivement. Etat général meilleur. Demande à manger, boit beaucoup. R. : 40. Aux bases, gros foyer de râles nombreux assez fins, mais d'un timbre sec. Pas de souffle.

Résultat d'autant plus appréciable que l'enfant est rachitique avec sternum bombé, gros ventre.

30 décembre. — La température est remontée le 28. Boit bien. Dort mal. Tirage. Jeu des ailes du nez. Toux a augmenté. A la base gauche, gros foyer de râles à timbre sec occupant la moitié de la hauteur avec un léger souffle. A droite, foyer étendu se prolongeant en avant. P. : 144.

27 janvier. — Depuis le 30, la température se maintient au-dessus de 40. R. : 60. Sommeil agité. Toux moniliforme. A la base gauche, énorme foyer de râles, nombreux, fluides, avec souffle. A droite, foyer plus petit.

6 janvier. — L'enfant est mort progressivement par asphyxie.

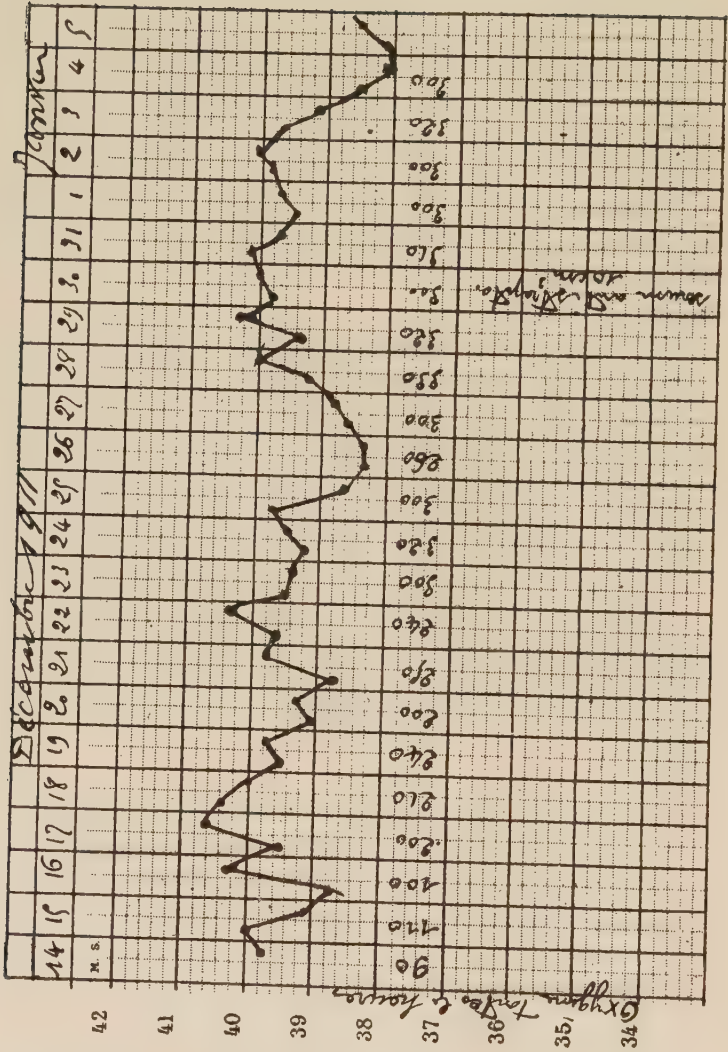
AUTOPSIE (7 janvier). — A l'ouverture du thorax, on constate : exsudat fibrineux occupant la partie latérale et postérieure du poumon droit, ainsi que la face diaphragmatique.

Ganglions trachéobronchiques augmentés de volume, rouge sombre et ne paraissant pas caséeux à la coupe.

Un peu de sérosité dans le péricarde. Ganglion carotidien : mêmes caractères que les précédents.

Thymus. — 5 grammes, très pâle, presque blanchâtre.

Poumon droit. — Bloc ferme, de coloration violacée. On ne trouve nulle part de crépitation. Il existe de l'exsudat



fibrineux et des adhérences interlobaires. A la coupe, le lobe supérieur est entièrement blanc grisâtre, rappelant tout à fait celle d'un foie en dégénérescence graisseuse. Parenchyme très finement granuleux. Par endroits, il existe des îlots à contours irréguliers qui sont plus franchement blanchâtres, si bien qu'on doit se demander s'il ne s'agit pas de phtisie.

Cependant, on ne trouve nulle part de granulations et il sort des bronches du pus en grande quantité. Ce sont des foyers d'hépatisation grise. Au niveau du lobe inférieur, l'aspect est un peu différent. Il existe encore quelques points qui crépitent particulièrement dans la partie supérieure du lobe. La partie inférieure et externe présente une coloration brun clair avec points blanchâtres de petites dimensions.

A la coupe, les bronches contiennent du pus et les vaisseaux laissent sourdre beaucoup de sang.

Poumon gauche. — Le lobe supérieur crépité bien. Le lobe inférieur présente un point d'hépatisation au niveau de sa partie postérieure. Il s'agit là, à la coupe, d'une broncho-pneumonie avec grains jaunes volumineux et pus abondant dans les orifices bronchiques. Aspect tout à fait différent de celui du poumon droit et, macroscopiquement, on ne peut penser à la phtisie.

Il s'agit d'une broncho-pneumonie récente.

Cœur. — Volume moyen. Rien aux orifices ni aux valvules. Myocarde d'aspect normal.

Foie. — Gros, violacé, sans sclérose ni état gras.

Reins. — Normaux.

Rate. — Un peu hypertrophiée.

Rien aux intestins, ni aux ganglions mésentériques.

La radioscopie faite le 16 décembre n'a pas révélé de triangle puisque l'examen à l'écran a été fait avant l'écllosion de la pneumonie lobaire.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de MM. Weill et Mouriquand.)

Rougeole. — Pneumonie du sommet droit. — Triangle radioscopique, hépatisation grise. — Dilatation cylindrique des extrémités bronchiques.

D... Jean-Marie, deux ans.

Entré le 21 mars 1912. Décédé le 9 mai.

Père bien portant. Mère a la rougeole, est soignée à la Charité. Trois enfants : l'aîné est à Saint-Pothin en dépôt, il a eu la rougeole il y a quinze jours ; le second est notre malade. Le troisième, âgé de quatre mois et demi, est soigné avec sa mère pour la rougeole.

Début de l'affection, le 20 mars. Depuis cinq ou six jours, l'enfant est abattu et ne mange plus. L'éruption aurait fait son apparition dans la nuit du 19 au 20 et aurait envahi d'emblée tout le corps. Elle était très prurigineuse et le premier phénomène qui ait frappé la mère, c'est que l'enfant se grattait continuellement, et se mettait en sang. Il toussait beaucoup. On n'a pas remarqué de larmoiement. L'éruption a été très marquée d'emblée.

22 mars. — En réalité, le prurit intense signalé pourrait être attribué aux poux dont l'enfant et la mère étaient couverts. Il ne reste plus grand chose comme éruption. Macules encore visibles au niveau de la racine des cuisses, sur les avant-bras. Pas grand'chose à la gorge. Aux poumons, quelques râles muqueux. Pas d'oppression, l'enfant dort bien, boit bien.

Les cheveux sont pleins de lentes, nombreuses lésions de grattage sur le corps. T. : 37°5. Léger disque d'albumine.

25 mars. — La température est très élevée, autour de 40°5. L'éruption a disparu.

La mère et l'autre enfant ont présenté, comme notre malade, de l'apyrexie à l'entrée et de la température le lendemain.

L'enfant est abattu, peu d'oppression. Rien aux poumons.

26 mars. — Depuis hier soir, douleur et écoulement de l'oreille droite. Ce matin, la mastoïde est douloureuse. Il semble y avoir un léger degré d'empâtement et le pavillon est un peu écarté.

27 mars. — Souffle au sommet droit sans râles. Dans le reste des poumons, quelques râles muqueux et quelques rhonchus.

A la radioscopie, triangle en avant. Obscurité massive aux tiers supérieur et tiers moyen en arrière. Peu d'oppression, peu de tirage. Un peu de toux non moniliforme. Pas de cyanose. Grand abattement général. Paracentèse du tympan droit : il est sorti du liquide séro-sanguinolent. La température reste élevée en plateau avec de petites oscillations.

29 mars. — Hier la température est tombée à 38°9, puis est remontée le soir à 40°5. Ce matin, 38°5. Etant donné l'état de l'oreille droite, il est difficile de savoir l'influence de l'état du poumon sur la température. Le souffle du sommet droit a disparu. Il n'y a pas de râles à cet endroit. A la base, quelques rares rhonchus. L'abattement persiste. Pas de dyspnée.

12 avril. — La température est toujours fébrile. Ecoulement purulent de l'oreille droite, abondant depuis la paracentèse. Pas d'oppression.

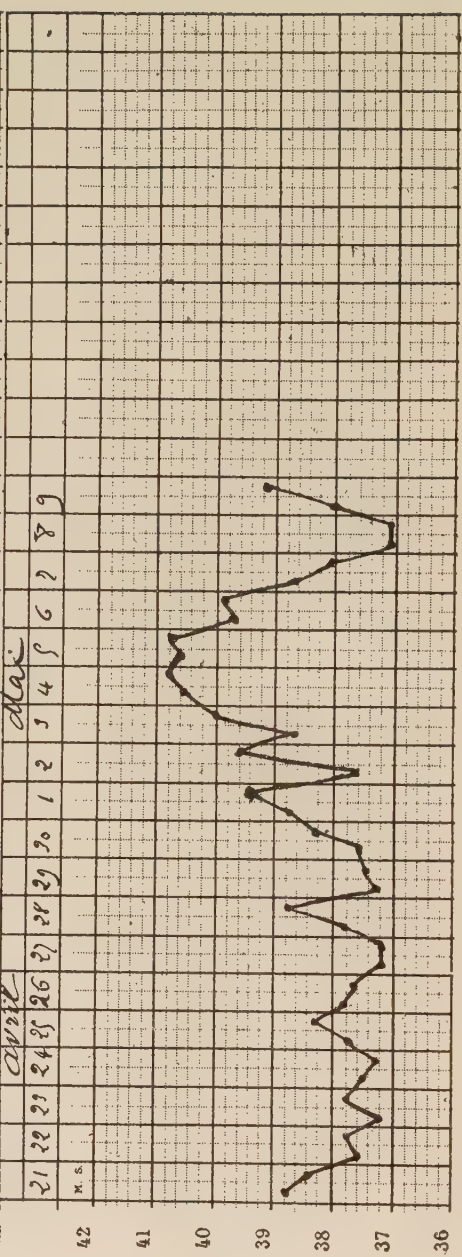
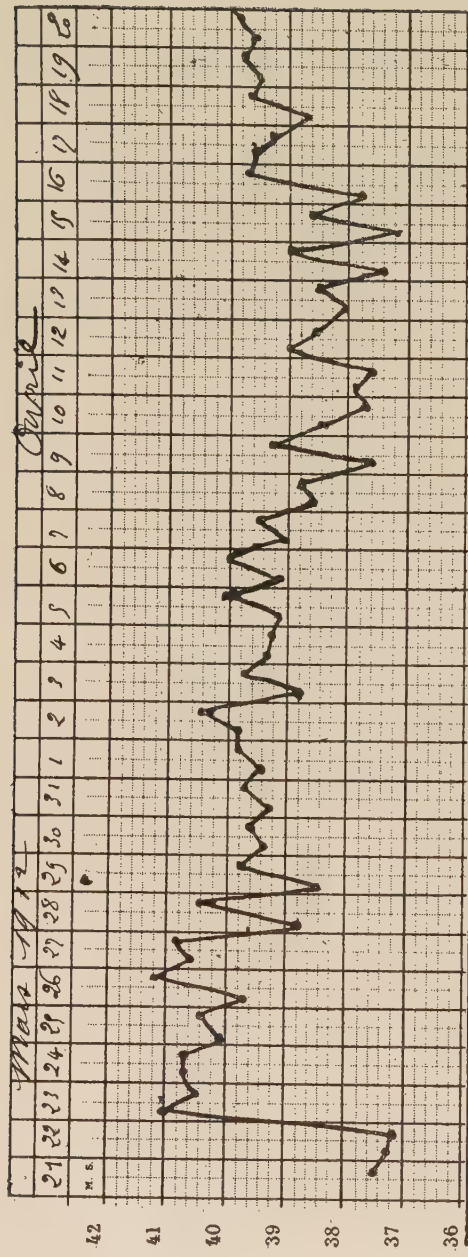
Mêmes signes aux poumons. Depuis l'entrée, lésions croûteuses du cuir chevelu.

16 avril. — Les deux oreilles coulent abondamment. Il coule du pus de l'oreille gauche.

28 avril. — Adénite sous-maxillaire droite depuis trois jours.

30 avril. — Incision de l'adénite.

2 mai. — L'enfant, depuis sa rougeole, a toujours eu de la température avec l'écoulement d'oreille. Il a beaucoup



maigri. Il crie constamment, refuse de manger, boit peu. Il n'a jamais eu d'oppression véritable, de tirage. Les lésions du cuir chevelu persistent. A l'auscultation, il existe un foyer de râles à la base droite. Au sommet droit, respiration soufflante.

6 mai. — La température se maintient très élevée. L'enfant maigrit et se cachectise à vue d'œil ; il est squelettique. L'adénite incisée le 30 avril ne se cicatrise pas. Au niveau de la pointe de l'omoplate, on a incisé un abcès il y a une quinzaine de jours et la cicatrisation ne se fait pas. L'enfant crie, dort mal. A l'auscultation, on note toujours un foyer soufflant au sommet droit en arrière. Il existe depuis deux ou trois jours une tuméfaction fluctuante de la joue gauche qui a débuté plus en arrière dans le sillon rétro-maxillaire. Elle est grosse comme une noix, la peau n'est pas modifiée à ce niveau.

9 mai. — L'enfant s'éteint à 5 heures du soir. 40°6 après décès.

AUTOPSIE. — *Poumon gauche.* — Le lobe supérieur crépite bien. Léger emphysème. Un peu de sérosité à la pression. A la partie inférieure du lobe, il existe un point peu étendu au niveau duquel le parenchyme est un peu plus ferme, sans hépatisation ni aspect granuleux. A ce niveau, on trouve un élargissement des extrémités bronchiques qui sont le siège d'une légère dilatation ampullaire. Pas d'adhérence de l'interlobe.

Lobe inférieur assez ferme au palper dans ses portions postérieure et moyenne. La crépitation persiste bien au niveau de la languette antérieure et du bord inférieur. Pas de pleurésie nette. A la coupe, le lobe à peu près en entier présente un parenchyme rougeâtre, ferme, sans sclérose marquée, rappelant un peu la carnification. Il n'y a pas de broncho-pneumonie. Les fragments ne plongent pas. Il y a du pus dans les orifices bronchiques. En outre, tout le lobe présente une dilatation bronchique des plus nettes. La

dilatation prédomine au niveau des extrémités bronchiques. Sur la coupe, on remarque nettement la prédominance à la périphérie du lobe, au niveau de ses portions postéro-latérales, du haut en bas. Il existe une infinité de trous variant de la grosseur d'une tête d'épingle en métal à une tête d'épingle en verre. Par endroits, la section intéresse une bronchiole longitudinalement et celle-ci paraît manifestement élargie. *Il n'existe pas de dilatations aréolaires en nid d'abeille*, sauf en quelques points, mais alors il est manifeste qu'on est au niveau d'une bifurcation.

Pas de sclérose. Pas trace de phtisie.

Poumon droit. — Extérieurement, exsudats pleuraux assez abondants, fibrineux, déjà anciens, de teinte blanchâtre. Adhérence de l'interlobe.

A la coupe, il existe deux sortes de lésions :

1° Une pneumonie au stade d'hépatisation grise. Celle-ci a très nettement une forme triangulaire à base périphérique à sommet près du hile. Elle intéresse la partie postéro-inférieure du lobe supérieur et la partie supérieure du lobe moyen, traversant ainsi l'interlobe.

Il reste dans le lobe supérieur une partie antérieure qui crépite encore. A la coupe, la pneumonie a une teinte blanc grisâtre, granuleuse. Par endroits, il y a un début de suppuration à la périphérie du bloc pneumonique.

2° Tout le poumon est occupé par une dilatation bronchique rappelant celle du poumon gauche. *Il s'agit d'une dilatation cylindrique des extrémités bronchiques*, sans formations aréolaires et sans sclérose. Le parenchyme intermédiaire est ferme à la palpation, se rapprochant de la carnisation. Les ganglions trachéobronchiques sont violacés, peu hypertrophiés. Nulle part trace de tuberculose.

Cœur, trachée, larynx normaux.

Foie gros. Dégénérescence graisseuse.

Rein droit : légère hydronéphrose. Rétrécissement uniforme de l'uretère, sans cicatrices, ni calculs.

Rien au tube digestif.

CONCLUSIONS

I. — La pneumonie lobaire aiguë au cours de la rougeole, quoique moins fréquente que la broncho-pneumonie, ne doit pas être considérée comme une complication tout à fait exceptionnelle de cette fièvre éruptive.

II. — Ses symptômes et son évolution peuvent être identiques à ceux de la pneumonie primitive; mais le plus souvent les signes sont moins nets, l'évolution plus irrégulière et plus traînante. De plus, elle a une tendance à évoluer vers l'hépatisation grise.

III. — La broncho-pneumonie pseudo-lobaire présente souvent le même ensemble symptomatique que la pneumonie franche, et les signes cliniques ne permettent pas de les différencier. Le diagnostic clinique ne pourra être fait que par l'examen radioscopique et la constatation, dans le cas de pneumonie lobaire, du triangle radioscopique axillaire.

IV. — Le diagnostic anatomo-pathologique entre un bloc de broncho-pneumonie pseudo-lobaire à îlots confluents et un lobe hépatisé de pneumonie franche se fera par la constatation à la coupe d'une zone triangulaire d'hépatisation et à l'examen microscopique du tissu hépatisé préalablement fixé avant l'ouverture du thorax.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

WEILL.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 décembre 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHEZ et SANNÉ, *Traité clinique et pratique des Maladies de l'enfance*.
- BOTTOMBEZ, Sur la pneumonie lobaire consécutive à la rougeole (*Brit. Med. Journal*, 4 fév. 1905. *Semaine Médicale*, 1905).
- BOUCHUT, De la pneumonie morbilleuse (*Gaz. des Hôpitaux*, 11 avril 1876).
- BROCA (A.), Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire aiguë secondaire (*Revue de Médecine*, 1885).
- COMBY (J.), Récidive de pneumonie franche (*Archives de Médecine des enfants*, avril 1902).
- DAMASCHINO, *Des différentes formes de pneumonie aiguë chez les enfants* (th. Paris, 1867).
- DESMARS, *Pneumonie du sommet chez l'enfant* (th. Paris, 1907. 1908).
- ESPINE (D'), Article ROUGEOLE du *Dictionnaire Jaccoud*.
- GASSICOURT (C. DE), *Traité clinique des Maladies de l'enfance*.
- GRANCHER et COMBY, *Traité des Maladies de l'enfance* : article ROUGEOLE, de J. Comby ; article PNEUMONIE, de J. Comby-GRISOLLE, De la pneumonie.
- HUTINEL, *Maladies des enfants*.
- IVAN HOUL, Etude d'une forme particulière de pneumonie post-morbilleuse (*Revue des Maladies des enfants*, 1898).
- LÉPINE (R.), Article PNEUMONIE AIGUE du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques de Jaccoud*.
- MAYR (Franz), Recherches sur la rougeole (*Journal hebdomadaire de Vienne*, t. VIII, 1852).

- NETTER, Article PNEUMONIE LOBAIRE (*Traité de Médecine de Bouchard-Brissaud*).
- PAULY (R.), Le triangle radioscopique axillaire de la pneumonie (*Lyon Médical*, 17 septembre 1911).
- PIRKET (VON), *Rougeole* (Nottnagel, nouvelle édition).
- RILLIET et BARTHEZ, *Traité clinique et pratique des Maladies de l'enfance*.
- SANNÉ, Article ROUGEOLE du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales de Dechambre*.
- THOMAS, Rougeole (*Ziemssen's Handbuch*, Bd II, th. 2).
- TRIPPIER (R.), *Traité d'Anatomie pathologique générale*.
- UNTERBERGER (S.), Contribution à l'étude de la rougeole et de la scarlatine (*Revue des Sciences médicales*, 1879).
- VARIOT, Diagnostic et pronostic de la Rougeole chez les enfants (*Gazette des Hôpitaux*, 11 janvier 1904).
- VULPIAN, Thèse d'agrégation (1860).
- WEILL, *Précis de Médecine infantile*.
- Le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire dans la pneumonie franche (*Lyon Médical*, 1901).
- WEILL et GARDÈRE, Un cas avec coexistence d'épanchement avec pneumonie et où il n'y a pas de défaut d'expansion sous-claviculaire (*Lyon Médical*, juin 1911).
- A propos du diagnostic de la pneumonie et de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire (*Lyon Médical*, 24 novembre 1912).
- WEILL et MOURIQUAND, Le triangle axillaire de la pneumonie infantile (*Société de Pédiatrie*, 1910).
- WEILL et THEVENOT, La radioscopie dans la pneumonie de l'enfant (*Arch. de Méd. des enfants*, 1907).
-

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE	7
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie et pathogénie	16
CHAPITRE II. — Symptomatologie.	21
Début	22
Symptômes généraux	22
Troubles fonctionnels	23
Signes physiques	24
Localisation	29
CHAPITRE III. — Diagnostic	32
1° Broncho-pneumonie	32
2° Pneumonie tuberculeuse	39
CHAPITRE IV. — Pronostic	42
CHAPITRE V. — Traitement.	47
OBSERVATIONS	49
CONCLUSIONS.	79
BIBLIOGRAPHIE	81

